

La collection « Évaluation du Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002) » comporte six volumes et résulte des travaux d'évaluation réalisés dans le cadre du mandat confié, par la MILDT et son comité permanent interministériel à l'OFDT le 26 septembre 2000. Le plan triennal prévoyait l'évaluation de ses orientations gouvernementales. Les évaluations de programmes retenus ont été dirigées par l'OFDT en collaboration avec les institutions concernées et réalisées par des équipes indépendantes. Ces cinq évaluations spécifiques sont complétées par un rapport d'évaluation général rassemblant outre les apports de ces travaux, un ensemble d'informations de toute nature susceptibles de rendre compte des degrés de réalisation des actions programmées.

Dans la même collection

- ✓ Évaluation des programmes départementaux de prévention
- ✓ Évaluation du volet formation
- ✓ Évaluation du rapprochement de structures spécialisées pour une prise en charge globale des addictions
- ✓ Évaluation des conventions départementales d'objectifs
- ✓ *Évaluation du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2002), rapport général*

MÉDIATION ET RÉDUCTION DES RISQUES

Evaluation du programme de réduction des risques et de médiation sociale dans le 18^e arrondissement de Paris

Sonia FAYMAN
Christine SALOMON
Patrick FOUILLAND
avec la collaboration de
Stanislas AYANGMA

ÉVALUATION DU PROGRAMME DE RÉDUCTION DES RISQUES ET DE MÉDIATION SOCIALE DANS LE 18^E ARRONDISSEMENT DE PARIS

Comité de pilotage

Animé par :

Nicolas GILLIO (OFDT)

Composé de :

Colette MOYSE (DDASS 75)

Christine BARBIER (DGS)

Hélène MORFINI (DGS)

Maguy JEANFRANÇOIS (DHOS)

André HOUETTE (Mairie de Paris)

Jean-Louis LOIRAT (MILDT)

Colin MIÈGE (Chef de projet Paris)

Frédérique DROGOUL (Coordination 18^e)

Pierre LEYRIT (Coordination 18^e)

Équipe d'évaluation

Sonia FAYMAN

Christine SALOMON

Patrick FOUILAND

avec la collaboration de Stanislas AYANGMA

Ce document constitue le rapport d'évaluation du dispositif pilote de lutte contre la toxicomanie du 18^e arrondissement de Paris.

Il a été finalisé après la formulation d'observations, par le comité de pilotage, sur le rapport intermédiaire.

L'évaluation a été commandée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

Elle s'est déroulée de septembre 2000 à juin 2001.

Nous remercions toutes les personnes qui ont bien voulu y contribuer, en nous accordant des entretiens, en répondant aux questions du sondage, en nous four-nissant des documents et en nous permettant d'assister à l'ensemble des réunions qui se sont déroulées pendant cette période.

Nous espérons que ce travail leur sera utile.

INTRODUCTION	9
L'OBJET DE L'ÉVALUATION	9
<i>Les prescriptions du cahier des charges de l'évaluation</i>	9
<i>L'élaboration des hypothèses d'évaluation</i>	10
<i>Quelques hypothèses sous-jacentes à l'évaluation</i>	11
DÉROULEMENT ET MÉTHODE DE L'ÉVALUATION	12
<i>L'évaluation préalable</i>	13
<i>La deuxième phase de l'évaluation</i>	15
<i>Le sondage dans la population</i>	15
<i>De nouveaux entretiens avec des associations d'habitants</i>	16
<i>Les entretiens avec les usagers de drogues</i>	16
<i>Observation de réunions</i>	17
<i>Accompagnement des équipes de rue</i>	18
ANNONCE DU PLAN DU RAPPORT	18
LA PERTINENCE ET L'OPPORTUNITÉ DU DISPOSITIF	19
À QUELS PROBLÈMES A RÉPONDU LA CRÉATION DU DISPOSITIF ?	19
<i>Un problème complexe</i>	19
<i>Des perceptions différentes</i>	21
<i>Parmi les habitants</i>	21
<i>Parmi les structures professionnelles</i>	23
<i>Parmi les institutions et les collectivités</i>	26
<i>Une réponse tardive</i>	28

<p><i>Une première interrogation sur la place du dispositif dans la politique publique sur la toxicomanie</i></p> <p><i>La mobilisation des compétences dans le dispositif</i></p> <p> <i>La conception initiale du dispositif</i></p> <p> <i>Le « nouveau » dispositif</i></p> <p><i>La mise en réseau des intervenants</i></p> <p> <i>Un réseau institutionnalisé</i></p> <p> <i>Un réseau en action</i></p> <p>POUR CONCLURE SUR LA PERTINENCE ET L'OPPORTUNITÉ</p> <p>RÉSUMÉS</p> <p>L'EFFICACITÉ ET L'EFFICIENCE DU DISPOSITIF</p> <p>LE FONCTIONNEMENT</p> <p> <i>La période expérimentale</i></p> <p> <i>S'occuper des usagers et calmer les habitants</i></p> <p> <i>Le terrain et l'institutionnel</i></p> <p> <i>Éducateurs, chercheurs, médiateurs ?</i></p> <p> <i>Le pouvoir dans le dispositif</i></p> <p> <i>Une organisation militante</i></p> <p> <i>La transformation de la Coordination et du dispositif</i></p> <p>L'ACTION DE LA COORDINATION</p> <p> <i>Données sur les riverains</i></p> <p> <i>Première approche des riverains</i></p> <p> <i>Approche des usagers</i></p> <p> <i>Première approche des usagers (février 2000)</i></p> <p> <i>Le bilan par quartier de mai 2000</i></p> <p> <i>Analyse de la situation des usagers dans le rapport global d'activité de la Coordination</i></p> <p> <i>Approche des pharmaciens</i></p> <p> <i>Travail transversal</i></p> <p> <i>Élargissement du public du dispositif</i></p> <p> <i>Travail en transversalité</i></p>	<p>29</p> <p>29</p> <p>30</p> <p>32</p> <p>33</p> <p>33</p> <p>34</p> <p>37</p> <p>39</p> <p>41</p> <p>41</p> <p>42</p> <p>47</p> <p>48</p> <p>49</p> <p>49</p> <p>50</p> <p>52</p> <p>53</p> <p>53</p> <p>54</p> <p>54</p> <p>56</p> <p>56</p> <p>59</p> <p>59</p> <p>59</p> <p>60</p> <p>LES RÉSULTATS ET LES EFFETS</p> <p><i>Vis-à-vis des riverains</i></p> <p> <i>De quelques effets du dispositif au regard des attentes des riverains</i></p> <p> <i>Autres effets vis-à-vis des riverains</i></p> <p> <i>Résultats du sondage dans la population</i></p> <p><i>Vis-à-vis des usagers</i></p> <p> <i>Les sources</i></p> <p> <i>Effets perceptibles sur les usagers</i></p> <p><i>Des résultats tangibles</i></p> <p>L'EFFICIENCE DU DISPOSITIF</p> <p> <i>L'architecture financière du dispositif</i></p> <p> <i>Le coût de l'expérience</i></p> <p> <i>Les clés de la performance</i></p> <p>RÉSUMÉS</p> <p>CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS</p> <p>PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS</p> <p>QUELQUES RECOMMANDATIONS EN VUE DE L'AMÉLIORATION DU DISPOSITIF</p> <p>LES CONDITIONS DE LA RÉPLICATION</p> <p>ANNEXE</p>	<p>61</p> <p>61</p> <p>62</p> <p>65</p> <p>70</p> <p>73</p> <p>74</p> <p>76</p> <p>81</p> <p>82</p> <p>82</p> <p>82</p> <p>85</p> <p>87</p> <p>91</p> <p>91</p> <p>93</p> <p>99</p> <p>104</p>
--	---	---

INTRODUCTION

Un « dispositif pilote de lutte contre la toxicomanie » a été mis en place en octobre 1999, pour dix-huit mois, dans le 18^e arrondissement de Paris. Ce programme expérimental, fruit d'une commande publique, s'inscrit dans le plan triennal (1999-2001) de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances.

Les institutions concernées (la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, la Direction générale de la santé et la Direction départementale des affaires sociales) ont chargé l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies de la maîtrise d'ouvrage de l'évaluation de ce dispositif. ACT Consultants a été l'équipe retenue pour réaliser cette évaluation.

L'OBJET DE L'ÉVALUATION

La démarche d'évaluation s'est fondée sur les termes du cahier des charges. Mais elle les a, en quelque sorte, retravaillés ; car, s'il s'agit bien de répondre à la finalité de l'évaluation telle que définie par le commanditaire, de même qu'à ses questions, l'intervention d'un tiers extérieur ne se limite pas à cela : la posture de recherche évaluative implique dès l'abord une distanciation par rapport non seulement au programme étudié mais également aux termes de référence de l'évaluation. Il s'agit de comprendre et de mettre en évidence les logiques présidant aux questions posées à l'évaluateur avant que de bâtir un protocole de recherche destiné à y répondre.

Les prescriptions du cahier des charges de l'évaluation

Le cahier des charges assignait trois finalités à l'évaluation :

- améliorer le dispositif mis en place dans le 18^e arrondissement ;
- identifier ses retombées ;
- préparer une éventuelle modélisation de ce dispositif.

Les questions posées par le cahier des charges concernaient respectivement :

- la médiation sociale exercée dans le dispositif entre usagers de drogues et habitants, entre usagers et structures de soins et d'accueil, entre habitants et structures de soins et d'accueil, entre structures de soins et institutions, entre habitants et institutions ;
- l'amélioration du dispositif de prise en charge sanitaire et sociale des usagers ;
- l'articulation entre la médiation sociale et l'amélioration du dispositif de prise en charge.

Nous avons considéré que l'évaluation portait sur l'ensemble de l'expérience, c'est-à-dire sur sa conception, son pilotage, son action sur le terrain et son impact tant sur les usagers de drogues que sur les structures institutionnelles ou associatives dédiées à l'accueil, aux soins et à la réduction des risques, et sur les habitants des quartiers concernés au départ ; elle a inclus l'évolution qu'a connu le dispositif pendant la période de l'évaluation, mais n'a pas tenu compte du fonctionnement du « nouveau dispositif ».

C'est donc un objet très vaste qui a été celui de l'évaluation ; dans ces conditions, il était tout à fait important de disposer d'une durée suffisante pour travailler par étapes et pour mûrir la réflexion à partir de nos questions et de nos hypothèses de départ.

Le temps de l'évaluation

Le temps nécessaire à la maturation du processus d'évaluation nous a effectivement été donné : l'appel d'offres a été lancé le 4 mai 2000. Notre réponse, déposée le 30 mai, a été examinée dans le mois qui a suivi, puis auditionnée le 22 juin. La convention a été notifiée le 23 août pour une durée de 12 mois.

L'élaboration des hypothèses d'évaluation

Nos questions étaient orientées par quelques hypothèses de travail issues des connaissances et des approches diversifiées des membres de l'équipe. Sonia Fayman, sociologue intervenant sur l'intégration sociale en milieu urbain, s'est spécialisée dans l'évaluation des politiques publiques. Elle s'intéresse au rôle des associations d'habitants dans le développement social local et, dans ce cadre, elle travaille notamment sur la médiation sociale et culturelle initiée par des associations de femmes. Christine Salomon, anthropologue de la santé, mène des recherches en France et dans le Pacifique sur les questions relatives à la maladie et aux rapports sociaux de sexe. En France, ses études ont porté sur la perception du risque et sur les attitudes face au VIH, notamment en milieu carcéral et dans l'immigra-

tion subsaharienne. Patrick Fouilland est médecin, responsable d'un service d'alcoologie au Havre, consultant et formateur sur la mise en place de dispositifs de prévention des risques liés à l'alcool et aux drogues ; ancien élu, il a une longue pratique dans les domaines de l'action sociale, de la santé publique et de l'urbanisme.

Quelques hypothèses sous-jacentes à l'évaluation

Sur la médiation sociale dans le cadre du dispositif

Notre hypothèse méthodologique était la suivante : alors que la médiation est invoquée comme la nouvelle panacée du lien social et qu'elle s'est récemment multipliée dans les lieux et les services publics, ni le concept ni les références ne sont stabilisés. Pour être plus précis, disons que notre idée sous-jacente était que l'usage du terme de médiation est souvent abusif et que les personnes chargées de « médiation » sont fréquemment de simples agents d'accueil, relais de messages institutionnels, agents de la paix sociale et non de véritables intermédiaires ; or, une médiatrice ou un médiateur doivent être capables de clarifier des sources de conflit ou d'incompréhension, en faisant s'exprimer également chacune des parties en présence ; leur rôle est de tenter de dépasser le conflit, non pas en le niant mais en donnant à voir les fondements des positions des protagonistes du conflit ; c'est ainsi un travail sur les représentations, et donc sur les référents culturels et sociaux qui s'instaure avec la médiation.

Malgré l'incertitude qui subsiste autour de cette notion, malgré la grande diversité des procédures alternatives et de leur champ d'application, et quel que soit leur degré d'institutionnalisation, les médiateurs participent à la fois d'une « déprofessionnalisation » des instances de répression, d'une régulation sociale et de l'émergence de nouveaux métiers en liaison avec des associations très largement financées par l'État.

L'évaluation devait déconstruire l'introduction, la conception et la réalisation de la médiation dans le dispositif évalué. Il s'agissait d'apprécier en quoi les objectifs et le programme d'action du dispositif étaient fondés sur une élaboration spécifique de la nature, des finalités et des limites de la médiation dans le contexte particulier de cette mission expérimentale. Selon que la médiation était censée s'exercer entre usagers de drogues et habitants/commerçants des quartiers ou entre usagers et structures d'accueil et de soins, entre structures et habitants, ses attendus et ses modalités ne seraient pas identiques.

Sur la prise en charge sanitaire et sociale des usagers de drogues

Nous avions plusieurs hypothèses.

- Alors que les usagers de drogues sont fréquemment des personnes en grande difficulté sociale, ils ne sont perçus et traités, la plupart du temps, que comme des malades et/ou des délinquants ; l'amélioration de la prise en charge pourrait se lire dans une approche globale de l'univers des usagers impliquant la recherche de solutions aux divers problèmes qu'ils rencontrent.
- Le cloisonnement est de règle entre services hospitaliers spécialisés et entre l'hôpital et les structures associatives intervenant auprès des usagers de drogues ; on pourrait attendre de l'amélioration de la prise en charge, une coopération entre ces différents intervenants apportant des réponses diversifiées et complémentaires en lieu et place des renvois de l'un à l'autre qui se produisent le plus souvent.
- Dans le 18^e arrondissement, notamment dans les secteurs concernés par le dispositif (Goutte-d'Or, La Chapelle, Simplon-Clignancourt), la visibilité des nombreux usagers de drogues et de la prostitution s'inscrit dans un contexte urbain où la forte proportion de migrants et la pauvreté sont corrélées à un état d'insalubrité auquel les politiques publiques n'ont pas sensiblement remédié. L'amélioration de la prise en charge d'usagers de drogues dans ces quartiers ne saurait à elle seule transformer la vie de ses habitants, diminuer l'insécurité tant pour les usagers que pour les riverains ; mais si elle était significativement engagée, elle serait à même de produire un impact certain sur le climat social de même qu'un effet d'entraînement sur d'autres politiques, nécessaire pour assainir profondément, tranquilliser les habitants et améliorer les conditions de vie dans ces secteurs.

DÉROULEMENT ET MÉTHODE DE L'ÉVALUATION

Plusieurs approches ont été mises en œuvre afin de mener à bien l'évaluation : des entretiens, des observations participantes, un sondage, le tout appuyé sur des recherches et des analyses documentaires au fil d'un processus conçu en deux phases.

L'évaluation préalable

La première phase a consisté en une évaluation préalable qui s'est déroulée de septembre à décembre 2000. Elle a d'abord été consacrée à la prise de connaissance des acteurs et des documents du dispositif expérimental afin d'en retracer l'histoire et d'en approcher les enjeux. L'objectif était d'avancer, sur cette base, des questions et des hypothèses qui puissent orienter et cadrer la suite de l'évaluation.

Trente entretiens ont été réalisés au cours de cette phase. Quelques-uns ont été collectifs, mais la plupart étaient des entretiens individuels. Ils ont concerné les quatre structures membres du dispositif, la Coordination et les premières lignes (présents et anciens), l'État (DDASS, DGS, police), la mairie du 18^e, les associations d'habitants à l'origine de la création du dispositif, des associations de riverains opposées à la présence de structures bas seuil dans leur quartier, des structures impliquées dans la réduction des risques pour les toxicomanes, extérieures au dispositif, des structures psychiatriques hospitalières, la DASES de la ville de Paris.

D'autre part, l'équipe a pu assister en observateur à deux comités de pilotage du dispositif, à trois réunions du vendredi en mairie¹, à une réunion publique organisée par l'association La Chapelle place de Torcy² et à un comité de suivi et de concertation³.

Enfin, les documents consultés ont été fournis par la Coordination (textes de la période d'élaboration du projet de dispositif, dossiers de préparation des comités de pilotage, rapports d'activité), par la DDASS et la DGS (projets antérieurs, textes officiels), par la mairie (correspondance reçue au sujet de la toxicomanie dans l'arrondissement), par le Parquet (projet de révision de la loi de 1970⁴), par les structures bas seuil et les associations de quartier (rapports d'activité, journaux, études).

La fin de la première phase a été sanctionnée par un comité de pilotage, le 19 décembre 2000, au cours duquel a été présenté et validé notre premier rapport. Celui-ci, construit en trois chapitres, traitait successivement : (1) de la gestation du dispositif expérimental à partir d'une dynamique associative de quartier et de sa ren-

1. Réunions régulières de concertation entre la mairie du 18^e, la Coordination 18, la police, la justice et d'autres intervenants selon le thème abordé.

2. Réunion d'information et de débat public autour du docteur Thouzeau.

3. Comité réunissant le dispositif et les habitants du 18^e autour du maire d'arrondissement et de certains adjoints.

4. Circulaire du 01/10/00 du procureur de la République.

contre avec les préoccupations des pouvoirs publics ; (2) des diagnostics préalables des différentes parties en présence donnant lieu à des attentes différentes, mais convergeant sur la nécessité de donner une finalité double au dispositif : vers les habitants d'une part et vers les usagers de drogues d'autre part ; (3) de la configuration du dispositif analysée sous l'angle de la conception de son architecture et de son fonctionnement, ainsi que des moyens humains affectés à chaque tâche. En conclusion, et à titre d'hypothèses pour la suite du travail, nous avancions les observations suivantes :

- la conception du dispositif avait souffert d'une élaboration dans l'urgence ;
- le fonctionnement interne s'en ressentait et rencontrait des difficultés liées principalement à l'enchevêtrement des niveaux de décision occasionnant des injonctions croisées, à des décalages entre fonctions prévues et fonctions assumées effectivement, au manque de clarté dans la définition des rôles des différentes instances ;
- l'existence et la pratique de ce dispositif renouvelaient et développaient la coopération entre les institutions chargées localement de la vie des quartiers ; celle-ci restait cependant l'émanation d'une alchimie locale dont il paraissait hasardeux d'envisager la reproduction ;
- l'image de la Coordination et de l'action de ces salariés était excellente auprès de ceux, habitants, commerçants, usagers, qui y avaient eu recours ; le prolongement de l'effet positif de cette action spécifique était cependant contingent de la reprise de ses méthodes dans l'action ordinaire des services publics ; d'autre part, ce dispositif ne faisait pas l'unanimité auprès des habitants, certains d'entre eux étant gênés par les intrusions d'usagers de drogues dans les halls et les escaliers d'immeubles et n'ayant pas désarmé dans leur volonté de « débarrasser » leur quartier des usagers et des structures qui les accueillent ;
- la pratique des éducateurs de rue (également appelés « premières lignes ») ne s'apparentait que partiellement à de la médiation : si elle opérait bien un accompagnement d'usagers vers des structures d'accueil et de soins, une écoute d'habitants importunés, une liaison avec des gardiens d'immeubles, il ne s'agissait pas là de médiation ; la concertation avec la police a pu permettre d'éviter ou de retarder des expulsions d'usagers en attente d'hospitalisation, sans que ce soit de la médiation à proprement parler ; en conséquence, le dispositif nous semblait placé devant une alternative : soit qualifier les éducateurs de rue sur la médiation, soit conforter le style de travail existant en se démarquant de l'objectif de médiation, celui-ci restant plausible à plus long terme ;
- l'amélioration de l'accueil très problématique des usagers de drogues en psychiatrie hospitalière paraissait hors d'atteinte du dispositif, bien que les Équipes de coordination et d'intervention médicale auprès des usagers de drogues (ECIMUD)

rattachées aux hôpitaux Bichat et Lariboisière aient été associées au suivi des travaux du dispositif par leur participation au comité de pilotage. Si le constat était fait, au sein du dispositif, d'un meilleur accueil des usagers à Lariboisière, la question de la création de ELP, Équipe de liaison psychiatrique rattachée à l'hôpital Maison-Blanche, toujours repoussée, restait posée.

La deuxième phase de l'évaluation

L'évaluation étant conduite concomitamment à l'expérience en cours, nous nous sommes efforcés de suivre la transformation du dispositif dans sa phase intermédiaire entre l'ancien et le nouveau système.

Le comité de pilotage du dispositif du 20 novembre 2000 annonçait la fin de la période expérimentale et la création d'une association autonome par rapport aux structures qui avaient jusqu'alors « employé » les salariés de la Coordination⁵. L'assemblée constitutive de l'association « Coordination 18 » a eu lieu le 19 mars.

Après avoir cherché, en première phase, à situer le dispositif dans son histoire et dans son contexte urbain ainsi que dans le cadre des différentes logiques qui l'animent et des contraintes qui le limitent, il s'agissait ensuite d'analyser les pratiques qui s'y déroulent et l'impact qu'elles ont sur les populations concernées.

Quelques entretiens ont été conduits en janvier et en février, mais l'essentiel du travail s'est déroulé entre mars et juin. Nous avons accompli, pendant cette période : un sondage dans la population, un retour vers certaines associations d'habitants, des entretiens avec des usagers de drogues, l'assistance à une réunion publique du dispositif autour de la projection d'un film sur son action, des réunions de travail internes à la Coordination 18, des réunions entre la Coordination et ELP, le suivi du travail de rue des équipes de quartier de la Coordination.

Le sondage dans la population

Un questionnaire a été administré à 410 personnes pendant la semaine du 27 février au 3 mars, par quatre enquêteurs formés par l'équipe d'étude.

Le sondage s'est déroulé à l'entrée de certains équipements commerciaux et publics dans les trois secteurs du 18^e concernés par le dispositif, tous les jours de la semaine de 15 h à 19 h 30. Il s'est adressé exclusivement à des passants déclarant habiter « le quartier⁶ ». L'administration du questionnaire durait environ quinze minutes par personne.

5. Voir en annexe en ligne sur le site www.drogues.gouv.fr l'historique du dispositif.

6. Nous verrons que la notion de quartier n'a pas été comprise par tous de la même manière.

Les questions⁷ portaient sur la perception du quartier et sur les problèmes rencontrés de façon générale ; elles ciblaient ensuite le rapport entre les personnes interrogées et les usagers de drogues, puis leur sentiment d'amélioration, d'aggravation ou de stagnation de la situation ; enfin, il leur était demandé d'identifier les acteurs responsables de cette évolution (ou de l'absence d'évolution) et de situer le rôle de la « Coordination 18 » de ce point de vue.

De nouveaux entretiens avec des associations d'habitants

Quelques associations ont été rencontrées dans cette seconde phase : certaines qui n'avaient pas été vues dans la première phase ; d'autres, qui ont été revues.

Les entretiens avec les usagers de drogues

Des entretiens avec des usagers de drogues ont été conduits dans les quatre structures d'accueil et de soins membres du dispositif (La Boutique, EGO, la Terrasse, le « *Sleep-in* ») entre fin avril et début juin 2001.

Le premier volet de questionnement du guide d'entretien avec les usagers qui acceptaient de nous répondre portait sur leur appréciation de l'évolution, au cours des douze derniers mois, des relations avec les riverains, les services hospitaliers, la police, la mairie et sur les causes attribuées par eux au changement éventuel (en mieux ou en pire). Dans le second temps de l'entretien, nous voulions évaluer le degré de connaissance de la Coordination 18 ou de membres de la Coordination (repérés par leur prénom sans que leur appartenance à la Coordination ne soit forcément identifiée), et recueillir des points de vue d'usagers sur l'utilité et l'efficacité du travail de médiation. Enfin, nous cherchions à savoir si nos interlocuteurs habitaient le quartier ou le fréquentaient régulièrement, depuis combien de temps ils connaissaient la structure où nous les rencontrions et quel usage ils en faisaient.

Ces entretiens semi-directifs ont été réalisés dans des conditions très différentes selon la structure et sa fréquentation au jour fixé pour notre venue.

À EGO, nous avons été reçus par un groupe d'usagers qui se réunit chaque lundi après-midi, et l'évaluation est devenue l'un des points de l'ordre du jour de cette réunion hebdomadaire à laquelle assistent également des salariés et des bénévoles d'EGO.

À La Boutique, la sollicitation pour l'entretien s'est faite individuellement, mais les entretiens se sont, dans leur majorité, également déroulés en présence d'autres usagers et de membres du personnel.

À La Terrasse, en un peu plus de deux heures de réunion, une douzaine d'usagers a été rencontrée, sur le lieu où ils viennent quotidiennement prendre leur méthadone. Une discussion a été menée en groupe sur leur situation, leurs attentes, leur fréquentation de La Terrasse et sa relation avec le dispositif expérimental.

Au « *Sleep-in* », nous avons été introduits par les deux premières lignes de l'équipe Chapelle du dispositif, qui y passent une soirée par semaine. Un petit nombre d'usagers a été interviewé individuellement pendant qu'ils prenaient leur repas, chacun à une table distincte.

Observation de réunions

La réunion publique autour du film « Entre deux portes »

La Coordination 18 a pris l'initiative de présenter un film tourné dans le quartier dans le cadre d'un travail universitaire. Ce document, qui donne du quartier un reflet assez bienveillant tout en pointant ses difficultés particulières liées aux questions de drogues, a servi de support à une discussion entre habitants et usagers. Celle-ci s'est déroulée de façon directe, pratiquement sans médiation, dans un climat d'écoute remarquable. Des habitants, interviewés dans le film, se sont exprimés en réunion, faisant part de leur peur des toxicomanes, de leur aversion pour la déchéance dont ils les font témoins, du spectacle que les scènes ouvertes de deal ou de shoot offrent à leurs enfants. En face, des usagers de drogues ont parlé de leur souffrance, parfois de leur mort prochaine, de leur propre écœurement.

Réunions de travail du dispositif

Nous avons assisté à la réunion constitutive de l'association « Coordination – Toxicomanies 18^e » et à des réunions régulières, soit de l'équipe de la coordination, soit de la Coordination avec des partenaires, par exemple l'équipe ELP qui a été opérationnelle à partir du début de l'année 2001.

Ces observations ont permis d'analyser l'évolution de l'organisation interne de la Coordination et de ses modalités d'intervention, notamment dans la coopération avec d'autres instances.

7. Voir le questionnaire en annexe en ligne sur le site www.drogues.gouv.fr.

Accompagnement des équipes de rue

Chacun des membres de l'équipe a effectué un accompagnement d'une des trois équipes de rue du dispositif. Cette démarche a été d'un apport important pour l'évaluation car elle a donné l'occasion d'apprécier sur le terrain comment les « premières lignes », ainsi que parfois les coordinateurs, mettent en œuvre le double objectif consistant à s'adresser tant aux usagers de drogues qu'aux riverains des quartiers concernés.

ANNONCE DU PLAN DU RAPPORT

Le rapport se compose de deux parties. La première s'intéresse à la pertinence et à l'opportunité du dispositif, à partir de l'analyse des différentes logiques rencontrées dans le processus de création et des modalités de sa construction. La deuxième partie est consacrée à l'évaluation de l'efficacité et de l'efficience du dispositif.

Le rapport se termine par un chapitre de conclusions et de recommandations. Y sont récapitulés les principaux enseignements de l'évaluation, puis sont formulées des recommandations pouvant contribuer à l'amélioration de l'action du dispositif. Enfin, sont envisagées les conditions de la reproductibilité d'un tel dispositif.

LA PERTINENCE ET L'OPPORTUNITÉ DU DISPOSITIF

Le dispositif, tel qu'il a été conçu, constitue-t-il une réponse appropriée aux problèmes pour lesquels il a été créé ? Chercher à répondre à cette question était un des fils directeurs de l'évaluation.

Pour ce faire, nous reviendrons sur l'identification de ces problèmes, puis sur la façon dont le dispositif a été construit, avant de statuer sur la pertinence du dispositif.

À QUELS PROBLÈMES A RÉPONDU LA CRÉATION DU DISPOSITIF ?

Le dispositif expérimental du 18^e arrondissement est le fruit d'une démarche caractérisée par la convergence des logiques et des attentes diverses ayant pour point de départ commun les méfaits de la toxicomanie dans un quartier populaire : ce sont notamment les atteintes physiques et psychiques, la violence, l'errance, les conflits familiaux et de voisinage, autant d'éléments qui tendent à fragiliser, voire à détruire la vie de quartier dans ses solidarités de base.

Ces nuisances, subies tant par les usagers de drogues que par les riverains, ont donné lieu à des représentations différentes qu'il est utile d'analyser afin de mettre en évidence l'hétérogénéité des attentes auxquelles a répondu la création du dispositif pilote sur la toxicomanie.

Nous présenterons successivement :

- l'identification du problème,
- les représentations auxquelles il donne lieu.

Un problème complexe

La toxicomanie est un problème récurrent dans le 18^e arrondissement, notamment dans sa partie sud-est (secteur de la Goutte-d'Or). On considère généralement que le fléau s'est développé à partir de la fin des années 1970, en liaison avec la démolition de l'îlot Châlon proche de la gare de Lyon, lieu de trafic réputé. Plus récemment, ce serait l'éviction, par la police, des dealers du carrefour de

Stalingrad en 1995, qui aurait entraîné une concentration du commerce de rue de substances psychoactives dans les quartiers de la Goutte-d'Or et de La Chapelle.

On remarque ainsi que ce commerce et la consommation « sur place » des usagers (cages d'escaliers, boxes de parking, toilettes publiques) qui lui est liée, se déplacent au gré des opérations de police et d'urbanisme, tout en restant circonscrits au Nord et à l'Est de la capitale. Ces quartiers d'habitation présentent néanmoins depuis des années des lieux de deal fixes (exemple : rue Myrha) nuit et jour à côté de lieux de deal qui ne fonctionnent qu'à certaines heures, pour des durées limitées, et sont susceptibles de se déplacer. Or, la toxicomanie ne se limite pas à ces espaces — il faudrait d'ailleurs y ajouter celui des Halles qui, à la différence des précédents, est peu dense d'habitations.

Ces pratiques sont spécifiques de la drogue des quartiers pauvres. L'usage en est particulièrement visible car les consommateurs sont, pour bon nombre d'entre eux, à l'issue d'un long parcours dans la toxicomanie, dans un point extrême de dés-insertion, privés de domicile, naviguant entre centres d'hébergement d'urgence, hôtels miteux, squats et rue. Les jeunes femmes se prostituent pour payer leur hébergement et leurs produits ainsi que ceux de leurs amis, et l'on remarque que les lieux de prostitution se rapprochent des lieux de deal nocturne. Les usagers hommes, quant à eux, se procurent souvent les produits par le rabattement, les rabatteurs étant au plus bas de l'échelle dans le trafic. D'autres, sans aucune ressource, et qui n'ont pas la compétence de négociation exigée par le rabattement, volent à l'étalage, à la tire ou dans les voitures. Leurs receleurs (commerçants, cafetiers, résidents de foyers...) sont dans le quartier même. Pour les usagers, le quartier est tout à la fois un lieu de vie, un lieu d'approvisionnement en produits, un terrain pour acquérir les ressources nécessaires et un espace dont ils peuvent utiliser les services sociaux spécifiques. Leur mode de vie, qui ne laisse que peu de place au repos, leur rythme de sommeil diurne et leurs activités nocturnes entrent souvent en opposition avec les intérêts des autres habitants du quartier avec lesquels ils n'ont souvent que peu d'interaction.

Il y a donc, dans le Nord-Est parisien, coïncidence, dans les mêmes lieux, de la vente et de la consommation, que ce soit en scène ouverte ou cachée⁸. Il n'en va pas de même dans des couches sociales plus aisées (à l'exception peut-être de la vente et de la prise d'ecstasy dans les raves parties) qui consomment en privé. Le

8. Une étude comparative dans plusieurs pays d'Europe financée par la Commission européenne (Urban districts and drug scenes, 1996) insiste sur les nuisances liées aux rassemblements d'usagers dans des lieux publics ; sans nier ce fait, qui est au contraire une évidence, nos observations nous ont montré à quel point la pratique cachée, dans des squats ou dans des appartements (thérapeutiques ou loués) est également source de nuisance pour le voisinage.

phénomène est également différent dans les quartiers de banlieue où seuls l'alcool et le cannabis sont consommés en public ; les usagers d'autres produits se rendent dans des lieux tels que la Goutte-d'Or ou La Chapelle pour s'approvisionner sur un marché plus fourni que ceux de banlieue, notamment en ce qui concerne le crack et pour consommer à l'écart du regard de leurs proches. Les lieux de deal, fixes ou mobiles, du 18^e arrondissement sont donc fréquentés en partie par des clients venus d'ailleurs, de banlieue ou de province.

Les quartiers urbains dégradés se prêtent à un ensemble de pratiques illicites qui, même si elles sont repérées par les pouvoirs publics, notamment par la police, y sont tolérées jusqu'à un certain point, afin de les circonscrire aux quartiers déjà atteints. Cette attitude de tolérance malveillante, pourrait-on dire, concerne non seulement les trafiquants et les usagers de drogues, mais également les habitants d'origine étrangère. Ceux-ci sont en effet assez nombreux dans des zones où ils ont pu se loger grâce à la présence de parents ou d'amis de même provenance ou du fait d'une difficulté à se loger ailleurs ; ils habitent dans du locatif privé, de l'accession à la propriété ou dans du logement aidé, voire dans des squats, sous l'effet conjugué de phénomènes d'agrégation et de ségrégation.

On est alors en présence de quartiers où le non-droit coexiste avec une surveillance rapprochée de certains milieux et de certains lieux.

Dans ce contexte fait de pauvreté, de cohabitation de cultures et de modes de vie très divers, d'insalubrité mais aussi de tissus sociaux fondés les uns sur la communauté d'origine, les autres sur des pratiques communes, d'autres encore sur des réflexes de défense, les représentations du « problème de la toxicomanie » varient sensiblement.

Des perceptions différentes

Parmi les habitants

Plus du quart des passants interrogés dans le cadre du sondage effectué, pour cette évaluation, dans les trois quartiers touchés par le dispositif, ont placé la toxicomanie en tête des problèmes ressentis dans le quartier et l'ont fait suivre de près par l'insécurité (24 % des sondés). Nous reviendrons plus loin sur ce sondage. Mais il est intéressant de noter ici que les habitants de ces quartiers, pris au hasard, sont fortement sensibilisés à la présence de trafic et d'usagers de drogues dans leur environnement. Ces résultats sont à rapprocher de ceux d'une enquête réalisée en 1998 par l'Observatoire de la vie sociale de la Salle Saint-Bruno. Cette dernière faisait état de 18 % de jeunes de la Goutte-d'Or répondant « la toxicomanie » à la

question de ce qui les dérangeait le plus dans le quartier, et de 40 % d'adultes évitant certaines rues parmi lesquelles Myrha, Laghouat et Léon, pour les mêmes raisons⁹.

Si la toxicomanie est généralement ressentie comme une forte nuisance, les habitants des quartiers du 18^e n'en font pas tous la même analyse. Leurs associations ont des positions qui se cristallisent autour de deux pôles antagonistes bien que dans les faits, leurs membres aient souvent des positions plus nuancées et sujettes à fluctuation selon les moments et les interlocuteurs.

Une attitude protectionniste : débarrasser le quartier des dealers et des usagers

Le point commun à plusieurs associations d'habitants est de vouloir mettre fin à la concentration d'usagers de drogues dans leur environnement proche par le recours à la médicalisation hors les murs. Ces associations sont radicalement opposées aux lieux d'injection médicalisés et à la tolérance dont elles estiment que les dealers et les usagers bénéficient de la part des pouvoirs publics.

L'ouverture successive de La Boutique de l'association Charonne rue Philippe de Girard et du « *Sleep-in* » de l'association SOS Drogues International rue Pajol a, selon ces associations, attiré des usagers de tout Paris et de banlieue, lesquels se rendent coupables de violation de domiciles lorsqu'ils envahissent les halls et les escaliers d'immeubles.

Au-delà de cela, leurs avis et leurs stratégies divergent. Certaines associations sont plus favorables à la médicalisation du problème, d'autres à la répression. Considérant les usagers de drogues comme une menace pour leur quartier et dénonçant les agressions physiques perpétrées par des usagers en manque, les regroupements en pleine rue d'individus dont on craint la violence, les séances d'injection collective dans les halls et les escaliers d'immeubles, une partie de ces associations de riverains a intenté un procès à La Boutique et au « *Sleep-in* ».

Elles se sont toutes prononcées contre l'initiative prise par les organisations et la mairie dans la mise sur pied du dispositif.

Une position volontariste : agir ensemble pour diminuer les nuisances

Les associations Paris Goutte-d'Or, La Chapelle, Le Petit Ney, rejoints par d'autres, imputent à l'état d'abandon dans lequel les pouvoirs publics ont laissé ces quartiers une grande part de responsabilité dans le fait que s'y réfugient des gens désinsérés et que s'y déroulent des pratiques illégales de toutes sortes.

9. Le journal Paris Goutte d'Or qui relatait cette étude signalait que ses résultats n'étaient pas scientifiquement établis. Nous les citons tout de même à titre indicatif (N° 44, octobre-novembre 1998).

Sans plus de complaisance dans l'analyse des méfaits des toxicomanies sur les usagers et sur leur environnement social que pour la catégorie précédemment citée, ces associations ont cependant des revendications tout à fait différentes. Elles ne visent pas à déstabiliser ou à chasser les structures d'accueil mais à mobiliser les politiques publiques, à commencer par la politique de santé publique et la politique de la ville. En matière de santé publique, le journal de l'association Paris Goutte-d'Or s'est, en son temps, fait l'avocat des salles d'injection préservant les usagers de certains risques d'infection et le voisinage des intrusions dans des lieux privés ou des prises de produits dans des lieux publics (squares, cabines téléphoniques). Le fait que l'usage de matières injectables ait diminué au profit du crack, généralement fumé, a peut-être fait régresser cette proposition dans l'ordre des priorités. Néanmoins, ces associations ont milité pour faire face, sur place, aux problèmes posés par la toxicomanie. Pour cela, elles ont recherché une convergence entre la politique de santé et la politique de la ville ciblée sur l'amélioration des conditions de vie dans les quartiers en difficulté. La Goutte-d'Or fait en effet partie des premiers sites en développement social des quartiers (depuis 1984) et l'association Paris Goutte-d'Or en a été un des veilleurs actifs.

Dès 1995, l'association La Chapelle a initié le processus qui va mener à la création du dispositif pilote en organisant des réunions publiques afin que s'instaure un dialogue entre habitants, professionnels, toxicomanes et leur famille, et en interpellant les élus.

Parmi les structures professionnelles

Trois orientations différentes caractérisent les structures de soins présentes dans les quartiers du 18^e.

Une orientation de « santé communautaire »

Espoir Goutte-d'Or (EGO) est une association créée en 1987 dans le contexte d'une concertation de deux années consécutives entre un club de prévention (ADLJC), des travailleurs sociaux et des habitants de la Goutte-d'Or, notamment ceux de l'association Paris Goutte-d'Or. Ce fut le premier lieu « bas seuil » à avoir une boutique ouverte sur la rue, avec une participation des usagers aux permanences.

EGO professe la solidarité de quartier ou, selon la dénomination anglophone, la « *community action* », sur le thème de la santé. Dans cette démarche, les usagers de drogues sont considérés comme des personnes qui rencontrent de multiples problèmes et qui n'ont de chances d'échapper aux méfaits de la consommation de

substances pathogènes qu'en étant aidées à se loger, à s'insérer, à se soigner au sein même du quartier où elles se trouvent, avec l'appui des habitants. L'association s'appuie sur des éducateurs appelés « premières lignes » qui vont au-devant des usagers dans la rue et tentent d'engager le dialogue avec les riverains qui souffrent de la présence de toxicomanes, d'autant mieux que ces professionnels sont souvent, eux aussi, issus du quartier.

Une orientation d'accueil et d'accès aux soins

La Boutique s'est ouverte en 1993 dans le quartier de La Chapelle où cette structure accueille, dans deux locaux distincts, des hommes et des femmes usagers de drogues. Ceux-ci y trouvent des professionnels qui les écoutent et les aident pour certaines démarches, leur prodiguent des soins s'ils en font la demande ; ils peuvent se doucher, laver du linge, s'asseoir à une table et boire du café.

L'association Charonne gère également une Boutique dans le 10^e arrondissement. Dans ces établissements, la ligne d'action est de venir en aide aux usagers de drogues en appuyant notamment leurs démarches de réinsertion. Mais elle ne peut faire l'impasse sur les plaintes des riverains, aussi, à La Chapelle, l'équipe de La Boutique a commencé, en 1997, à distribuer des courriers dans les boîtes aux lettres des immeubles de la rue Philippe de Girard pour expliquer son travail et proposer des rencontres. Elle a également eu une expérience ponctuelle de travail de rue en direction des riverains. Ceci débouchera sur des réunions à La Boutique un samedi par mois, ouvertes à tous, « opposants » compris, qui fonctionneront jusqu'en mai 2000.

Le « *Sleep-in* », qui a ouvert peu après La Boutique (en 1994) dans le même quartier, est spécialisé dans l'accueil de nuit des usagers sans abri. Ceux-ci, à leur arrivée en soirée (sur réservation par téléphone et moyennant une contribution de 10 F, soit 1,52 euro), trouvent un accueil, un repas, des services tels que la douche, la télévision et des boxes où ils peuvent passer la nuit avant de quitter l'endroit le matin. Le « *Sleep-in* » est fermé pendant la journée. La procédure judiciaire conduite par l'association de riverains et de commerçants « Olive 18 » a conduit à abandonner, courant juin 1999, la distribution de colis alimentaires en journée, de sandwichs et de boissons en soirée pour les non-hébergés, seuls préservatifs et seringues continuant d'être distribués. Le « *Sleep-in* » a par ailleurs développé son rôle de passerelle vers les structures de soins ainsi que ses consultations sociales et juridiques.

L'organisme de tutelle, SOS Drogues International, insiste sur le fait qu'un usager pris en charge du point de vue de sa santé et de son insertion sociale devient un citoyen et ne pose plus de problème de sécurité. La réduction des

risques doit mener au soin et être inscrite dans une démarche plus globale : c'est ce que tente l'association à Marseille où le « *Sleep-in* » est inclus dans un dispositif avec postcure, appartements et communautés thérapeutiques, logements relais. Par ailleurs, SOS DI, peu convaincu par le travail communautaire, est partisan de maisons d'injection comme réponse à la visibilité et à l'insécurité engendrées par la toxicomanie.

Une orientation de prise en charge psychiatrique

La psychiatrie est globalement marquée par une grande hétérogénéité, une absence de lisibilité, des conflits larvés, et, dans l'ensemble, par un intérêt modéré pour le suivi et la prise en charge des toxicomanes. Le système psychiatrique comporte au moins quatre « sous-systèmes » qui cohabitent tant bien que mal : la psychiatrie institutionnelle (hôpitaux, secteurs et intersecteurs), l'AP-HP et ses services psychiatriques, urgences et ECIMUD, les Centres spécialisés de soins aux toxicomanes et enfin les psychiatres de cabinet, qu'ils exercent leur activité en libéral ou au sein d'organisations humanitaires.

Les institutions que nous avons rencontrées, parties prenantes du dispositif, ne sont pas emblématiques de la psychiatrie parisienne dans son ensemble.

La Terrasse, intersecteur de psychiatrie (Hôpital de Maison-Blanche qui ne fait pas partie de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris) est un centre de soins qui accueille des usagers de drogues : entretiens, aide psychothérapeutique, soins médicaux « généralistes », substitution, service social. Son équipe se sent investie d'une mission de service public, se défendant de tout bénévolat et se démarque assez sensiblement des modes d'action militants des autres structures du 18^e. La Boutique Boréal, dans le 19^e, dépend également de La Terrasse-Maison-Blanche.

Les ECIMUD ont été conçues comme des interfaces entre les urgences hospitalières d'une part et les services médicaux et psychiatriques des hôpitaux de l'AP-HP d'autre part. Elles concourent au fonctionnement des urgences en recevant ceux qui s'y présentent avec un problème de drogue, même si ce problème n'est pas le motif de la consultation. Elles accompagnent, dans les services où ils sont reçus, les patients présentant un problème de drogue (pas seulement en psychiatrie, mais également en médecine, chirurgie, obstétrique, spécialité) contribuant ainsi à réaliser une médiation entre les usagers et les autres soignants et à améliorer la prise en charge hospitalière des toxicomanes. Une ECIMUD développe une « consultation externe » pour des usagers, bien que cette pratique ne soit pas dans la vocation des ECIMUD, afin de parer aux nécessités auxquelles il n'est pas suffisamment répondu dans les structures spécialisées.

Le projet ELP, Équipe de liaison psychiatrique, est apparu dès le début dans la construction du dispositif. Cohérentes avec les orientations de politique publique qui prônent plus les coordinations des structures existantes que les créations supplémentaires, les équipes de liaison ont le vent en poupe. En la circonstance, cela permettait de répondre à des demandes d'augmentation de moyens de la psychiatrie, de le faire de façon moins onéreuse que par l'unité d'hospitalisation demandée et de répartir les moyens « équitablement » entre les secteurs psychiatriques et l'AP-HP.

Parmi les institutions et les collectivités

Trois orientations sont manifestes du côté des pouvoirs publics : la répression, la psychiatrisation et la réduction des risques.

Le maintien de l'ordre public et la répression

La répression vise davantage le commerce que la consommation de produits psychoactifs. Elle fonctionne généralement sur les deux registres combinés de l'intervention policière et des opérations d'urbanisme. Ces deux types d'action ont des effets limités :

- les arrestations suivies d'une incarcération d'une part ne démantèlent pas les réseaux et d'autre part ne dissuadent pas les rabatteurs et les dealers qui reprennent leur activité au sortir de prison,
- les démolitions de quartiers vétustes déplacent les lieux de deal ainsi qu'on a pu l'observer lors de la rénovation de l'îlot Châlon dans le 12^e ou du secteur de l'Orillon dans le 11^e.

Néanmoins, ces politiques publiques se poursuivent et ont des partisans dans la police, la justice, la municipalité, de même que chez certains habitants et commerçants. La présence policière a été renforcée et, en même temps, les institutionnels conscients qu'une telle action ne suffit pas, se sont montrés favorables à la création du dispositif comme structure tampon.

La psychiatrisation

La création du dispositif pilote a été précédée d'un avatar qui a finalement joué un rôle de catalyseur des demandes répétées de certaines associations d'habitants et des structures bas seuil. Les autorités (étatique et municipale), face à la montée des tensions dans les quartiers du 18^e, ont organisé des séances de travail, hors la présence des associations d'habitants, desquelles est sorti un « projet de prise en

charge des toxicomanes en crise », baptisé Psytox parce qu'il adopte une ligne de psychiatrisation de la toxicomanie (le toxicomane est un malade mental et il est nécessaire de le soigner). Celle-ci, fortement réprouvée par les associations d'habitants, par les structures bas seuil et par les psychiatres investis sur le secteur (ceux de la Coordination, mais également des ECIMUD et de La Terrasse), a été clairement rejetée par l'ensemble de ces acteurs qui ont alors soumis à la DDASS un texte en « neuf propositions ». Ce texte, qui rencontrera l'approbation de la DDASS et de la mairie du 18^e, est la base écrite du dispositif.

La réduction des risques

C'est l'option qui a finalement prévalu. Les différents partenaires ont en commun de vouloir œuvrer à une diminution des risques. Cette option, innovante puisqu'elle s'étend aux riverains – sous l'angle des risques que leur fait encourir la promiscuité avec les usagers de drogues, et en même temps modeste –, est plus proche de la réalité de l'action du dispositif pilote que son intitulé (dispositif pilote de lutte contre la toxicomanie). Elle prend acte du fait que la toxicomanie est une des caractéristiques de quartiers marqués par la pauvreté urbaine, qu'elle fait partie d'un ensemble de problèmes.

Pour autant, et en ce qui concerne les usagers, la démarche ne recueille pas un consensus profond sur la finalité de l'intervention. En effet, si parmi les partisans de la réduction des risques pour les usagers de drogues, l'éradication est une finalité, celle-ci reste implicite pour certains tandis qu'elle est affirmée par d'autres, comme SOS DI. En revanche, elle élargit d'emblée la notion de réduction des risques aux aspects d'exclusion économique et sociale, au-delà du strict domaine de la santé physique.

Par ailleurs, la réduction des risques est un axe réaliste qui tient compte de l'absence de moyens dévolus à la lutte contre la toxicomanie, c'est-à-dire contre les facteurs propices à son développement.

Vis-à-vis des riverains, la réduction des risques résiderait essentiellement dans une politique d'hygiène, d'entretien et de gardiennage des espaces publics par les services municipaux ainsi que de réhabilitation et d'entretien des immeubles par les propriétaires. Le dispositif qui a été créé ne pouvait en aucun cas se charger de telles tâches, mais tout au plus alerter les pouvoirs publics et les propriétaires d'immeubles sur les cas d'insalubrité les plus pénalisants. Son rôle devait alors se cantonner à une transformation de la vision que les riverains ont de la présence massive d'usagers de drogues dans leur environnement.

Une réponse tardive

Peut-être la diversité des approches qui vient d'être rappelée peut-elle expliquer que le dispositif se mette en place au deuxième semestre 1999, plus de dix ans après les premières initiatives associatives sur la toxicomanie à la Goutte-d'Or, sept ans après l'ouverture de La Boutique, et quatre ans après le texte de l'association La Chapelle « Le quartier La Chapelle face à la drogue » ?

On peut voir cette durée comme effectivement liée à la nécessité, pour des positions différentes, de se confronter longuement les unes aux autres avant de parvenir à se mettre d'accord sur la formule qui a été retenue – encore que celle-ci fasse l'objet de critiques sur sa conception et sur son dimensionnement.

Mais elle correspond plutôt à un défaut de politique publique sur le traitement de proximité de la toxicomanie qui souffre encore des hésitations et de la lenteur à adopter la politique connue en français sous l'appellation de réduction des risques (*harm reduction*) – processus qui vise, en principe, au-delà des seuls risques, à réduire les conséquences néfastes de la dépendance afin de donner aux usagers le droit de cité. Rappelons qu'en France, la réduction des risques a été d'abord développée par le mouvement humanitaire (AIDES et MDM) en même temps que se faisait jour une série d'autres initiatives pour lutter contre l'épidémie de Sida et la pauvreté dans la seconde partie des années 1980. Ces initiatives soulignaient le paradoxe d'un système dans lequel, *de facto*, de nombreuses personnes n'ont pas accès aux soins alors qu'en droit toutes peuvent y prétendre. Il a fallu prendre la mesure du niveau de contamination des toxicomanes (ou ex-toxicomanes) par le VIH, pour aboutir aux premières dispositions gouvernementales (1987). Quant aux traitements de substitution, ils ne sont réellement arrivés que presque une décennie plus tard (1996), un certain nombre d'intervenants en toxicomanie, restant modelés par le modèle « psy » et la méthadone, rencontrant des réticences idéologiques parce qu'elle donne un cadre thérapeutique à la dépendance.

COMMENT LE DISPOSITIF A-T-IL ÉTÉ CONSTRUIT ?

Une première interrogation sur la place du dispositif dans la politique publique sur la toxicomanie

Bien que le dispositif soit contemporain du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances piloté par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILD), il reste une expérience isolée. Or, au chapitre de la réduction des risques, le plan prévoyait, à côté de la multiplication et d'une meilleure répartition des structures d'accueil et d'hébergement, une meilleure intégration « des politiques de réduction des risques dans l'ensemble des structures spécialisées et ainsi que dans les structures généralistes accueillant un public marginalisé¹⁰ ». À ce titre, étaient inscrits dans le plan :

- l'ouverture de trois « *Sleep-in* » et de vingt Boutiques en trois ans ;
- la création de huit nouveaux emplois par an dans les structures de première ligne ;
- la création de trente équipes mobiles de proximité dans les quartiers les plus en difficultés, dont celle du 18^e était la première.

Il ne nous appartient pas d'évaluer le plan triennal. Force est tout de même de constater qu'aucun des objectifs ci-dessus n'a été tenu et que cette défaillance ne manque pas d'avoir des incidences sur le dispositif étudié. Quelles que soient les difficultés propres aux quartiers du 18^e, l'un des souhaits récurrents de divers acteurs est que les structures d'accueil d'usagers de drogues soient plus nombreuses et bien réparties. Les oppositions à la Coordination 18 auraient sans doute été moins fortes si d'autres lieux avaient ouvert, ainsi que le plan triennal le prévoyait. Certes ce sont plus les dealers que les structures bas seuil ou la Coordination qui attirent les usagers, mais la vente des produits et leur consommation se pratiquent aussi aux abords des structures, c'est indéniable.

La mobilisation des compétences dans le dispositif

La pertinence et l'opportunité du dispositif peuvent également s'apprécier par rapport à la mobilisation des compétences en son sein, à la mise en réseau des intervenants sur la toxicomanie et sur les problèmes qui en sont la toile de fond.

Nous traiterons ici des profils de postes de la Coordination 18 tels qu'ils ont été conçus lors du lancement du dispositif, et dans leur évolution.

10. MILD: Plan triennal de lutte contre la toxicomanie et de prévention des dépendances (1999-2000-2001), chapitre 5: « Accueillir, orienter, soigner, insérer ».

La conception initiale du dispositif

Dans notre rapport d'étape (décembre 2000), nous avons confronté les termes de référence énoncés par la DDASS au recrutement et à la pratique de la Coordination. Après six mois de recul, des observations complémentaires et le remaniement du dispositif, il est possible de prolonger certaines réflexions et d'apporter des réponses aux questions d'alors.

Les coordinateurs

Le système était fondé, à la base, sur une territorialisation des coordinateurs en tant que référents de quartier. Si ce mode d'organisation a fait débat, il a néanmoins été maintenu dans le « nouveau » dispositif, avec toujours l'affirmation d'une transversalité des coordinateurs en complément de leur mission locale. La dimension territoriale est lisible dans l'action des coordinateurs en direction de l'action de terrain des premières lignes, dans les contacts qu'ils établissent avec les structures, les institutions, les associations de leur secteur. En même temps, chacun a des spécialités thématiques mises au service de l'ensemble des quartiers ; ainsi s'exerce une action transversale aux quartiers, aux structures et aux autres partenaires.

Aucun ne se revendique spécialiste de la toxicomanie. Ils interviennent davantage comme médiateurs ou développeurs de quartier. Les professionnels associés dans le montage du dispositif s'étaient mis d'accord sur trois éléments pour le recrutement des coordinateurs : il fallait qu'ils aient fait de la médiation, qu'ils aient une connaissance de la politique de la ville et l'expérience de gestion d'une équipe de rue. En réalité, tous ne réunissaient pas ces trois éléments dans leur cursus professionnel.

Deux d'entre eux sont là depuis le début. Le troisième poste a été occupé successivement par trois personnes. La fragilité de l'équipe de responsables, face à l'ampleur de la tâche, apparaît d'emblée : de juin à septembre 2000, seuls les deux coordinateurs présents depuis le début « tenaient » la Coordination (au prix, d'ailleurs, du sacrifice de leurs vacances). D'autre part, les expériences et les réseaux professionnels antérieurs des coordinateurs ont été source d'apports complémentaires utiles au dispositif ; mais, la rapidité de la mise en action les a privés de la possibilité de capitaliser ces expériences et d'en faire la synthèse à travers un recyclage en vue de leurs nouvelles fonctions. L'absence de codification d'un métier de coordinateur explique en partie leur difficulté à être reconnus tant par les structures que par les premières lignes, d'autant qu'il ne leur a pas été donné de cadre de référence ni de modèle de médiation, ni de corpus de savoir-faire, ni de véritable formation.

Outre la participation d'une coordinatrice à un colloque de l'UNESCO sur la médiation, les coordinateurs ont eu quelques journées de formation avec les premières lignes :

- deux fois (en février-mars, puis en avril-mai) deux jours de formation sur la médiation (exposés, jeux de rôles, exercices écrits, discussion par une spécialiste connue de EGO) ;
- une journée de formation sur les effets des produits (médecin de MDM) ;
- une journée sur l'organisation de la psychiatrie (les psychiatres du dispositif) ;
- une demi-journée sur la prise de risque en prison (P. Bouhnik) ;
- une journée de formation de EGO sur les hépatites.

En contrepoint de cette fragilité, et quelque peu paradoxalement, la détermination des coordinateurs et l'appui décisif qu'ils ont reçu des psychiatres de la Coordination ont été la planche de salut du dispositif. C'est ainsi que ledit dispositif a survécu à la crise qu'il a traversée au cours de l'été 2000 du fait d'une impasse décisionnelle généralisée, notamment vis-à-vis du travail des équipes de rue, due à la double autorité des coordinateurs et des structures d'accueil et de soins membres du dispositif.

Les psychiatres

Deux psychiatres embauchées chacune à quart de temps étaient en principe chargées de superviser, de réguler le travail des coordinateurs et de réaliser une recherche-action sur le dispositif.

Il y a eu là une confusion évidente des rôles et des compétences, que le rapport d'activité de la Coordination et la lettre de démission de l'une des deux psychiatres en fin de période expérimentale soulignent très bien¹¹.

Les psychiatres ont certainement eu un rôle de régulation interne à la Coordination et peut-être aussi dans les relations au sein du système de décision du dispositif et avec les structures d'accueil d'usagers de drogues. Mais elles n'avaient ni la distance critique, ni l'ensemble des compétences nécessaires, ni le temps pour assurer une véritable supervision de l'équipe. De plus, comment l'auraient-elles fait et à quel titre, dans un contexte où les membres de la Coordination avaient cinq employeurs différents ?

11. Cette lettre est citée en annexe du rapport d'activité de la Coordination pour l'ensemble de la période expérimentale (octobre 1999-mars 2001).

Leur apport comme intervenantes et formatrices a toutefois été essentiel pour armer tant les coordinateurs que les premières lignes, face aux questions qui touchent aux rapports compliqués entre difficultés psychologiques, troubles mentaux, toxicomanie et précarité.

La recherche-action est restée une intention ou, du moins, une posture. En tous cas, elle n'a pas donné lieu à des écrits ou des séminaires. Ambition louable, elle était hors de portée du dispositif tel qu'il a fonctionné. Soulignons en revanche que les rapports préparés par la Coordination pour chaque comité de pilotage, de même que le rapport d'activité pour l'ensemble de la période expérimentale sont d'une qualité exceptionnelle par la précision des informations apportées et l'analyse qui en est proposée, par la capacité de réflexion critique sur la pratique, et par les questionnements versés au débat.

Les premières lignes

La dénomination de « première ligne », issue de la pratique de Espoir Goutte-d'Or (EGO) a, dans les faits, désigné ceux que les termes de référence du projet nommaient des éducateurs. Ils ont aussi été appelés médiateurs, un seul d'entre eux ayant cependant cette qualification lors de son entrée à la Coordination.

Le profil de poste n'a pas été défini dans les termes de référence du projet. L'eût-il été que les profils réels des personnes recrutées n'y auraient pas nécessairement correspondu, tant leur mission est atypique. Le terme de première ligne est plus approprié que tout autre à leur rôle dans la Coordination : ils ont en effet été chargés d'un travail de rue, allant au-devant des usagers, visitant les squats, faisant la tournée des gardiens d'immeubles ; leur tâche est aussi de répondre à l'appel d'habitants importunés par des scènes d'injection ou des rassemblements de fournisseurs et de consommateurs de divers produits dans leur hall, devant chez eux ou à proximité des écoles de leurs enfants.

Le « nouveau » dispositif

La principale modification apportée au terme de la période expérimentale réside dans la constitution de la Coordination en association de la loi de 1901 et dans la façon dont cette association a été structurée.

- Un directeur a été recruté.
- Tous les salariés de la Coordination sont employés par l'association Coordination-toxicomanies XVIII^e. Il a été mis fin aux anciens contrats par licenciements. Une « première ligne » a quitté le dispositif à cette occasion, le nouveau

contrat qui lui était proposé (Convention collective 66) étant moins rémunérateur que le précédent.

- Le conseil d'administration est composé des neuf membres fondateurs (l'association Salle Saint-Bruno, les quatre structures d'accueil et de soins membres du dispositif et les associations d'habitants La Chapelle, PGO, EPOC, AM 18), de membres actifs (professionnels délégués par les institutions hospitalières et associations ou institutions dont la demande d'adhésion est agréée par le Bureau) et de membres institutionnels de droit (élus du 18^e et représentants administratifs de la ville de Paris).

L'évolution du dispositif est ainsi marquée par une « remontée » des associations d'habitants au niveau des structures professionnelles d'accueil de toxicomanes, par un certain découplage de la Coordination vis-à-vis de ces structures et par un recentrage de la Coordination sur son développement propre.

La mise en réseau des intervenants

Un réseau institutionnalisé

Les quatre structures d'accueil d'usagers de drogues présentes dans l'arrondissement ont chacune leurs références théoriques et leur spécialisation pratique. Elles ne se sont pas spontanément coordonnées entre elles, mais, dès 1994, l'association La Chapelle a sollicité La Boutique, le « *Sleep-in* » et EGO pour une rencontre d'explication et d'échange avec les habitants. Puis, le collectif des associations d'habitants qui s'est formé en 1998 a également impliqué La Terrasse dans les débats.

La mise sur pied du dispositif va pérenniser la mobilisation conjointe des structures spécialisées qui, aux côtés de la Salle Saint-Bruno (équipement associatif de quartier), vont se trouver employeurs des salariés du dispositif, selon les termes d'une convention avec la DDASS de Paris. La convention prévoit en outre que les signataires se constituent en comité technique chargé d'assurer la mise en œuvre opérationnelle du dispositif. Elle fixe également la nature, la composition et le rôle des autres instances d'encadrement du dispositif : le comité de pilotage, le comité de suivi et de concertation.

Un réseau en action

L'activité du dispositif a engendré des contacts et des relations de coopération qui ont largement dépassé les termes de la convention.

Un comité de pilotage – forum

Le comité de pilotage a rassemblé un nombre beaucoup plus important d'organisations et d'individus que prévu : les premières lignes de la Coordination y participaient, les associations d'habitants signataires étaient représentées par plus de trois personnes ; s'y est ajoutée la mission ville de la préfecture de Paris en la personne du sous-préfet à la ville et du chef de projet pour le 18^e (ce dernier représentant en même temps la direction de la vie locale et régionale de la ville de Paris) ; le comité des usagers d'EGO y a pris part. Les ECIMUD de Bichat et de Lariboisière y ont été représentés en force.

Les cinq séances du comité de pilotage ont constitué de réelles réunions de travail, préparées par la rédaction de documents détaillés par la Coordination, et faisant une large place à la parole de tous les participants. Cette instance a été un lieu d'information mutuelle et de débat, davantage que de prise de décision : l'assistance nombreuse et inégalement impliquée dans le dispositif ne se prêtait pas à un système décisionnel ; et surtout, le comité de pilotage servait de caisse d'amplification de débats tenus au comité technique, desquels resurgissaient des contradictions récurrentes entre des options différentes sur le fonctionnement du dispositif.

Un comité de suivi et de concertation pour maintenir un lien avec l'ensemble de la population

Le comité de suivi et de concertation rassemblait une bonne part des mêmes acteurs que le comité de pilotage. S'y ajoutaient des habitants et des associations non partenaires du dispositif. Les séances se déroulaient en mairie, sous la présidence du maire. Dans un style plus formel que le comité de pilotage, cette instance a tout de même permis des échanges avec les opposants locaux à l'expérience du dispositif. Elle a également manifesté aux yeux du public le soutien de la mairie d'arrondissement au dispositif.

Les coordinateurs au cœur de l'action publique

Une coopération s'est instaurée avec la municipalité, la police et divers équipements de quartier.

Du côté municipal, la Coordination a échangé de façon régulière avec l'adjointe au maire chargée de la santé et avec le premier adjoint, soit à la demande de la Coordination sur des problèmes particuliers, soit dans le cadre des « réunions du vendredi ». Celles-ci, organisées sur l'initiative de l'adjointe au maire chargée de la santé, se tenaient chaque premier vendredi du mois dans le bureau du premier adjoint. Elles rassemblaient *a minima* des élus, les coordinateurs et les psychiatres du dispositif, le commissaire principal de police du 18^e, le premier substitut du procureur ; selon les thèmes discutés ou les urgences à traiter, y étaient aussi invités d'autres intervenants de quartier, de santé ou de sécurité.

Le principal mérite de ces réunions réside dans la résolution concertée de problèmes tels que le report d'expulsions d'usagers de leur logement ou le changement de jour de présence ou de place du bus d'échange de seringues de Médecins du Monde au carrefour Château-Rouge. Ces rencontres, qui se sont déroulées dans le respect des logiques et des pratiques des uns et des autres, n'ont pas entraîné cependant de modification majeure d'un élément très mal perçu dans le quartier, à savoir la présence quasi-permanente d'une demi-compagnie de CRS à la sortie du métro Château-Rouge. La Coordination s'est fait l'interprète de riverains gênés par cette présence. Mais la mairie et la police ont maintenu qu'elle était utile pour :

- empêcher la consommation d'alcool sur la voie publique ;
- empêcher des regroupements bruyants ;
- éviter la vente à la sauvette ;
- verbaliser le stationnement gênant des véhicules ;
- veiller à la fermeture aux heures réglementaires des estaminets de toute nature.

Bien que les contrôles d'identité se soient multipliés, aucun de ces objectifs n'a été atteint. Le seul qui n'était pas mentionné, mais qui était implicite et qui consistait à décourager les rassemblements autour du commerce de médicaments, a eu pour effet de déplacer le trafic pendant la journée vers les rues adjacentes, tandis que, sitôt le car de CRS parti, les groupes se reforment.

Le dispositif a légitimé les échanges de vues entre les membres de la Coordination et des institutions. Mais il n'est pas sûr que le processus entamé puisse s'approfondir. En effet, la police et la justice restent fondamentalement attachées (même si elles n'y parviennent pas vraiment) à la répression du trafic et à l'injonction thérapeutique envers les usagers : « *Tout ce que peut faire le dispositif, c'est bien ; il occupe le terrain laissé par la non-application de la loi de 70 et par le non-enfermement hospitalier des drogués* » (entretien d'évaluation dans les services de police). La politique de la ville est restée en dehors du dispositif : le sous-préfet à la ville et les chefs de projet (Goutte-d'Or et La Chapelle) ont participé aux

réunions du comité de pilotage, mais le partenariat ne s'est pas étendu au travail quotidien de la Coordination. La ville de Paris n'a pas non plus été active.

Toutefois, il est vraisemblable que les contacts suivis et productifs avec la mairie du 18^e seront maintenus, de même qu'avec l'administration de la santé. Il serait alors nécessaire que la mairie d'arrondissement fasse mieux connaître l'action du dispositif qui reste assez confidentielle (voir, au chapitre suivant, les résultats du sondage dans la population), et que le ministère de la Santé et la MILDT prolongent cette action dans le cadre de la politique de santé publique.

Des structures professionnelles coordonnées mais non unifiées

L'existence du dispositif a fait évoluer le paysage de la prise en charge de la toxicomanie dans le 18^e. La situation de départ se caractérisait par un fonctionnement cloisonné des structures bas seuil. Pendant toute la période de mobilisation préalable à la création du dispositif, EGO, La Boutique et le « *Sleep-in* », implantés au cœur des quartiers en souffrance, se sont retrouvés dans un même mouvement, tout en gardant chacun sa ligne de conduite et ses méthodes de travail. Le centre de La Terrasse est resté un certain temps en dehors de ce mouvement, puis a rejoint le dispositif.

Les quatre structures ont participé à l'action du dispositif de plusieurs manières : en tant qu'employeurs des premières lignes de la Coordination, en tant que membres du comité technique et du comité de pilotage du dispositif.

Chacune de ces structures a sa démarche propre et un lien spécifique à l'administration¹². Le fait qu'elles soient les employeurs des premières lignes a maintenu un lien organique entre le dispositif et ces structures. Mais il a eu aussi pour effet d'imposer partiellement à chaque première ligne une logique distincte de celle des autres.

Le rapport entre ces structures et la Coordination s'est inscrit dans une sorte de dialectique : les structures, à travers le comité technique, ont eu un rôle de direction, ou du moins d'orientation, de la Coordination qui, à son tour, a eu un rôle de liaison entre ces structures. Ce double mouvement a certes créé les conditions du débat entre les groupes en présence ; mais le temps de l'expérience d'une part, les références et les convictions des différentes associations d'autre part n'ont pas permis de parvenir à des accords profonds sur les missions, les modes d'action et l'organisation interne du dispositif. Les divergences sont restées inchangées sur l'opportunité de distribuer ou non des seringues et des préservatifs aux usagers

12. L'association Charonne pratique, dans sa boutique, la réduction des risques sur des crédits SID 47/18/20. Le « *Sleep-in* », qui offre à la fois un hébergement nocturne et une consultation médico-sociale, est financé par des crédits toxicomanie-exclusion.

dans le travail de rue, et d'accompagner ou non les usagers à des consultations ou dans des démarches administratives. Plus fondamentalement, le dispositif a été un lieu d'expression des oppositions entre les orientations de chacun des centres d'accueil, voire un enjeu dans leur concurrence. Le « *Sleep-in* » s'est tenu à distance, la Boutique a maintenu une position critique vis-à-vis des propositions émanant de EGO, de la Salle Saint-Bruno et des associations d'habitants, Paris Goutte-d'Or et La Chapelle, qui ont eu le plus d'influence dans le dispositif.

L'ensemble des intervenants (coordinateurs, premières lignes) souligne le rôle positif des ECIMUD, des relations personnelles avec les médecins notamment, quand il s'agit d'accompagner les usagers de drogues aux urgences. Les ECIMUD, de leur côté, saluent le rôle des coordinateurs et des premières lignes dans l'accompagnement des patients qu'ils ont en charge. Tous sont confrontés au manque de place dans les structures, qu'elles soient d'hospitalisation, de sevrage ou de postcure.

En revanche, des tensions – parfois vives – existent entre les ECIMUD et La Terrasse*. C'est le cas autour de la mise en place tant attendue de l'Équipe de liaison psychiatrique dont les ECIMUD ont contesté l'utilité et le savoir-faire (avant même sa mise en place). Elles arguent notamment du fait que la difficulté endémique liée au manque de place dans les structures d'accueil et de soins ne saurait être abolie par l'existence de cette équipe.

POUR CONCLURE SUR LA PERTINENCE ET L'OPPORTUNITÉ

Il était certainement opportun de manifester, par la création d'un dispositif expérimental, la volonté commune de l'État et de la ville de répondre aux associations d'habitants appuyées par des structures professionnelles et soucieuses d'alléger les tensions dues à la présence massive d'usagers de drogues dans les espaces privés et publics de plusieurs secteurs du 18^e.

L'intention d'agir, tant vis-à-vis des usagers que des riverains dérangés par leur présence, était pertinente en référence à deux postulats. Le premier est que les problèmes de société ne se résolvent pas par leur négation (chasser les usagers), mais par une élaboration concertée de solutions ou de compromis. Le second est qu'il est plus important de réduire les risques liés à la toxicomanie que de chercher à éradiquer cette dernière.

* Les docteurs Jungman et Guilyardi du Centre de soins intersectoriel « La Terrasse » ont saisi l'OFDT et la DDASS de Paris pour contester les analyses faites par les chargés de l'évaluation ACT Consultants - équipe de professionnels indépendants. Le lecteur peut se reporter à la lettre présentée en annexe (p 104 et 105) pour plus de précisions. Les opinions exprimées dans le texte n'engagent que leurs auteurs.

Un certain nombre de riverains et d'associations, ne partageant pas ces postulats, ne pouvaient que rejeter la formule mise en œuvre.

La pertinence du dispositif repose également sur la présence de structures spécialisées constituant un potentiel de prise en charge fragmenté, qu'il importait donc de mettre en réseau et de coordonner pour une meilleure efficacité d'une part et afin de dissiper l'effet de redondance dans un périmètre restreint, désagréable à certains habitants, d'autre part.

En dépit du fait que les organisations locales y réfléchissaient depuis long-temps, le montage de ce dispositif s'est fait dans la hâte ; par ailleurs, il n'a pas bénéficié de références de même nature sur lesquelles s'appuyer. L'expérience de EGO constituait peu ou prou le modèle réduit de ce qu'a ambitionné le dispositif, mais EGO n'a pas une pratique développée auprès des habitants non usagers, ses premières lignes vont essentiellement au-devant des usagers. Il était donc de première importance d'aller au-devant des habitants. Mais sachant de quel rejet les usagers faisaient l'objet, il aurait été nécessaire d'armer très solidement la Coordination sur ce qui a été appelé de la médiation. Il n'était pas tout à fait opportun, parce que trop empirique, de démarrer le travail de rue, vers les commerçants, les gardiens d'immeubles ou d'autres riverains tel que cela a été fait.

La pertinence du dispositif a été limitée par plusieurs éléments :

- la coexistence de politiques publiques manquant d'harmonisation (police, justice, santé, ville) et donc de cohérence sur le traitement de la toxicomanie ;
- l'absence d'intervention radicale pour la transformation d'un contexte socio-urbain génératrice de conduites à risques et de pratiques illégales ;
- la tolérance de ces pratiques dans un abcès de fixation évitant à d'autres quartiers de souffrir des mêmes maux ;
- le corollaire qui est la quasi-absence de structures d'accueil dans les autres arrondissements parisiens et dans la proche banlieue ;
- l'impasse dans laquelle se trouvent les acteurs du dispositif vis-à-vis de ceux des usagers demandeurs de postcures, de logement ou de travail.

RÉSUMÉS

À quels problèmes a répondu la création du dispositif ?

La concentration, dans le même lieu, de la vente et de la consommation de stupéfiants redouble la visibilité de la toxicomanie : dans les quartiers populaires « sensibles », cela se traduit par une forte présence policière, en même temps qu'une tolérance relative à l'égard de pratiques qu'on ne souhaite pas « déplacer » vers d'autres lieux. Le dispositif pilote de lutte contre la toxicomanie a été mis en place en octobre 1999 pour 18 mois (à titre expérimental), pour répondre aux inquiétudes des associations de riverains appuyées par des structures professionnelles soucieuses de réduire les nuisances dues à la présence massive d'usagers de drogues dans les espaces privés et publics de plusieurs secteurs du 18^e (Goutte d'Or, Chapelle, Simplon-Clignancourt).

Le dispositif est né des interventions successives de divers acteurs du quartier ayant en commun de vouloir œuvrer à une diminution des risques. Tandis qu'un certain nombre d'associations d'habitants considérant la présence d'usagers de drogues comme une menace prônaient une médicalisation hors les murs (attitude protectionniste), d'autres ont entrepris d'interpeller les élus en organisant des réunions publiques associant habitants, professionnels, toxicomanes et familles d'usagers pour défendre l'idée d'une convergence nécessaire des politiques de la ville et de santé publique (attitude volontariste). Simultanément, les structures de soins présentes dans le quartier se sont mobilisées, en militant pour une « santé communautaire », en déployant des éducateurs en « première ligne » pour accompagner les usagers vers les structures de soins, d'hébergement ou d'insertion, en prônant l'accueil et l'accès aux soins en ouvrant une Boutique (association Charonne) et un « Sleep in » (SOS Drogues International) tout en dialoguant avec les riverains. Parallèlement, les instances psycho-médicales préconisant la prise en charge psychiatrique ont bâti un projet d'équipes de liaison. Un troisième groupe d'acteurs (institutions et collectivités) enfin, s'est trouvé partagé entre trois options d'intervention : répressive (préconisée par la police, la justice, la municipalité, certains habitants et commerçants), psychiatrique (défendue par les autorités étatique et municipale en réponse aux demandes de certaines associations d'habitants et des structures bas-seuil) et de réduction des risques (l'option qui a finalement prévalu). Le dispositif finalisé créé s'est appuyé sur cette notion innovante permettant de concilier l'intérêt des riverains (diminuer le risque qu'ils associent à la promiscuité avec les usagers de drogues) et celui des usagers (bénéficier d'une prise en charge étendue aux aspects d'exclusion économique et sociale).

Comment le dispositif a-t-il été construit ?

Le dispositif était appelé à jouer un rôle expérimental avant d'être généralisé. Dans sa conception initiale, il était fondé sur des relais territorialisés. Les coordinateurs, à la fois référents de quartier et porteurs de préoccupations thématiques transversales, en étaient le premier maillon. L'absence de cadre du métier de coordinateur leur a rendu la tâche d'autant plus difficile qu'elle les a aussi privés de la reconnaissance des structures et des premières lignes. Les psychiatres censées venir en appui aux coordinateurs ont elles aussi

souffert de la confusion de leurs compétences : à la fois chargées de superviser le travail des coordinateurs et responsables d'une recherche-action sur le dispositif, elles n'ont pas failli dans leur première mission d'accompagnement de la réflexion critique des praticiens mais ne sont pas parvenues à formaliser la recherche-action attendue. Enfin, les premières lignes (à la fois éducateurs et médiateurs) ont mené à bien le travail de rue visant à aller au-devant des usagers et des habitants incommodés par les scènes d'injection et de rassemblement des fournisseurs et des consommateurs. Au terme de la période expérimentale, une association (« Coordination 18^{ème} ») intervenant dans le double respect des usagers et des habitants du quartier a vu le jour.

L'autre apport du dispositif a été de consolider la mobilisation conjointe des 4 structures d'accueil d'UD déjà présentes qui ne coordonnaient pas leurs actions auparavant au-delà du cadre des rencontres informelles avec les habitants. La pertinence du dispositif repose en effet sur sa capacité à mettre en réseau des intervenants spécialisés – qui constituaient jusqu'alors un potentiel de prise en charge fragmenté – sous la forme de contacts et de relations de coopération régulières au sein du comité de pilotage. Un comité de suivi et de concertation a été mis en place pour maintenir le lien avec l'ensemble de la population. Une coopération s'est instaurée avec la municipalité, la police et divers équipements de quartier : le dispositif a contribué à décloisonner les structures bas seuil engagées dans la prise en charge de la toxicomanie dans le 18^{ème}. Celles-ci ont joué un rôle d'orientation de la Coordination qui, en retour, a eu une fonction de liaison entre elles en permettant l'expression de leurs oppositions.

Première expérience du genre, le dispositif a fait la preuve de la possibilité d'élaborer des solutions de façon concertée, tout en mettant en lumière les difficultés d'une telle initiative : le rejet des usagers de drogues par les riverains justifie pleinement de mobiliser une importante capacité de médiation pour mener un travail de rue auprès des commerçants, gardiens d'immeubles et autres riverains.

L'EFFICACITÉ ET L'EFFICIENCE DU DISPOSITIF

Ces deux thématiques de l'évaluation seront appréhendées à travers une tentative d'analyse du fonctionnement et des résultats du dispositif.

LE FONCTIONNEMENT

Le système d'action du dispositif a évolué au cours de la période étudiée. Nous distinguerons donc la période expérimentale de celle qui a commencé en mars 2001 avec la création de l'association « Coordination Toxicomanies XVIII » (en abrégé, Coordination 18).

La période expérimentale

L'enjeu de la première année de l'existence du dispositif était de faire reconnaître son utilité. Mais aux yeux de qui ? Tout d'abord vis-à-vis de la DDASS et, derrière elle, de l'administration de la santé, bailleur de fonds et tutelle ; ensuite, vis-à-vis de la mairie d'arrondissement ainsi que des structures d'accueil et de soins, à la fois membres du dispositif et potentiellement jalouses de leurs prérogatives sur les usagers de drogues. Toutes les attentes de ces différents partenaires se concentraient sur la Coordination qui avait dès lors une obligation de résultats, sans que la nature des résultats attendus ait fait l'objet d'un consensus. La Coordination s'est alors lancée sur plusieurs fronts dans une démarche qui s'apparente à de la recherche-action au sens où elle avait à se constituer une connaissance afin de construire son intervention. Le travail effectué a cependant été hybride : ni une véritable recherche-action, ni une intervention ciblée sur des résultats clairement énoncés.

La Coordination a mis au point et a utilisé un grand nombre d'outils de repérage des situations et des opinions des gardiens d'immeubles, des habitants, des commerçants en général – et des commerçants particuliers que sont les pharmaciens –, des usagers de drogues. Les dossiers constitués de ces divers matériaux

devraient faire l'objet d'analyses de contenu dans une étude longitudinale sur trois années au moins. Après un an et demi d'activité de la Coordination, ils sont encore à l'état d'information brute, mis à part les renseignements sur les situations des usagers de drogues, exploités dans le rapport d'activité global de toute la période. Il y a là un matériau précieux, qui reste quasiment inexploité par manque de temps et peut-être aussi par absence d'une réflexion suffisamment poussée et concertée sur l'utilisation des données.

Dans ces conditions, la première année du dispositif a été marquée par des enseignements contrastés. On a, par exemple, un engagement rapide dans l'action dans un contexte d'incertitude sur les priorités de la Coordination, tandis que le dispositif se veut un système démocratique tout en étant le théâtre de luttes de pouvoir et de conflits d'influence. Ces contradictions, qui ne diminuent en rien l'intérêt de l'expérience, se retrouvent dans l'analyse qui peut être faite de l'impact du fonctionnement sur le terrain.

S'occuper des usagers et calmer les habitants

À la base de l'organisation du travail, chaque équipe est composée d'un coordinateur ou d'une coordinatrice et de deux premières lignes¹³. La journée des premières lignes est partagée en deux temps, respectivement consacrés « au dehors » (repérage de lieux, contacts avec usagers et habitants, passage dans les structures) et « au dedans » (restitution, réunions, recherche d'informations). Les coordinateurs reçoivent des plaintes, des appels d'habitants ou de commerçants, les accueillent ou vont les voir, prennent contact avec les bailleurs (organismes de logement social, syndics de copropriété) et les services d'hygiène, de police, de santé...

Venant d'horizons différents et, en tout état de cause distinct de celui du dispositif, les coordinateurs ont dû se forger leur théorie et construire leur pratique de l'intervention.

Comment entrer en contact avec les usagers et que leur apporter ?

La question a été posée au sein de la Coordination afin de se donner des objectifs opérationnels et de définir concrètement le mode de travail des équipes. Elle tournait principalement autour de l'articulation entre le travail de terrain de la Coordination et l'action des structures d'accueil et de soins.

Une idée première était que les équipes de rue participeraient à l'amélioration de la situation en amenant des usagers de drogues supposés marginalisés vers les

13. L'effectif initialement prévu de sept premières lignes n'a jamais été atteint.

structures. Or, ces équipes, dont certains membres avaient une expérience dans les structures de ce quartier, ont mis en évidence que, pour une bonne part, les usagers rencontrés fréquentaient effectivement les structures. Cette nouvelle hypothèse a motivé assez vite un recentrage partiel de l'action des premières lignes, de l'accompagnement vers les structures à une présence ponctuelle en leur sein pour des réunions avec le personnel.

La présence des premières lignes dans les structures n'a cependant pas été dénuée d'ambiguïté. Deux types de difficultés se sont présentées : la première était de se faire accepter dans une structure sans y être connu et sous l'étiquette de la Coordination qui ne revêtait pas une signification claire pour les employés des structures. Un rapport de la Coordination fait remarquer, à cet égard, que, le *turn-over* étant important dans le milieu de travail chargé de la toxicomanie¹⁴, les structures mettent un certain temps à intégrer leur propre personnel. *A fortiori*, il ne leur est pas aisés d'établir des relations de travail avec les premières lignes de la Coordination, même si elles en sont aussi les employeuses.

Une autre difficulté a pu se produire, notamment dans les cas où les premières lignes, étant issues d'une des structures, étaient familières de leur pratique, et ont donc été amenées à accomplir des tâches internes à cette structure sans distinction claire avec des tâches propres à leur rôle dans la Coordination.

L'appui mutuel du dispositif et des structures d'accueil et de soins

Les responsables des structures n'ont pas un point de vue unanime sur la capacité qu'a eu le dispositif d'améliorer de la situation sanitaire et sociale des usagers.

Pour SOS Drogues International (qui gère le « *Sleep-in* »), le dispositif n'est pour rien dans l'amélioration, si amélioration il y a, du fait d'un mauvais montage. La faiblesse de la Coordination est caractérisée par un manque de préparation et de professionnalisme et une absence de hiérarchie qui a nui à l'organisation du travail et à l'encadrement des équipes de rue.

L'équipe de La Terrasse a longtemps milité pour la création d'une unité d'hospitalisation psychiatrique dédiée à la toxicomanie, conçue comme une passerelle entre l'accueil ambulatoire (insuffisant pour des personnes trop déstructurées), et l'hospitalisation psychiatrique de droit commun (peu tolérante aux difficultés présentées par les patients toxicomanes). Dans ce contexte, le projet « *Psytox* », dans un premier temps, le dispositif « *Coordination 18* », dans un second, sont apparus

14. Dans le rapport pour le comité de pilotage du 1^{er} février 2000, il est mentionné que La Boutique a embauché onze nouveaux salariés entre octobre 1999 et février 2000.

comme « concurrentiels », avant que les complémentarités ne soient développées, avec, pour La Terrasse, une augmentation de ses moyens, l'apport du coordinateur et des premières lignes de son secteur et la perspective du montage et du pilotage de l'« ELP » (Équipe de liaison psychiatrique).

Alors que les crédits étaient disponibles début 2000, ELP n'a commencé à fonctionner qu'au début 2001. L'évaluation a, à ce stade, recueilli peu d'informations sur la montée en charge du fonctionnement de cette équipe qui a souffert les premiers temps de l'absence d'un médecin.

Avec la mise en place du Dispositif Coordination 18, les ECIMUD ont vu leurs moyens augmenter, leur permettant ainsi d'accroître leurs heures de présence, en particulier en soirée et en début de nuit. Les points faibles pour les ECIMUD sont liés à l'insuffisance de moyens des urgences, à l'engorgement des services hospitaliers et à l'absence de structures d'aval, capables d'accueillir la post-hospitalisation.

Le bilan d'activité de l'association Charonne (qui gère la Boutique) est plus nuancé. L'organisation de réunions de quartier par la Coordination est saluée comme une initiative qui a permis de calmer les esprits dans le quartier de La Chapelle. La Coordination est reconnue pour son rôle de passerelle entre la rue et les structures. Le personnel de la Boutique (lui-même en cours d'adaptation pour une bonne part ainsi que nous l'avons signalé) a eu quelques difficultés à admettre la présence du coordinateur et des premières lignes aux réunions hebdomadaires, mais il y a été aidé par la direction qui s'est montrée tout à fait intéressée par l'idée d'approfondir la coopération. En revanche, sur le plan de l'organisation, des critiques ont été faites dès le début, portant sur la conception d'une Coordination sans tête, sur la fréquence excessive des réunions du comité technique et sur le poids inégal des différentes structures dans ce comité.

EGO est la structure la plus proche de la Coordination au sens où le mode d'intervention de cette dernière, avec les équipes de rue, s'est inspiré de l'expérience de EGO. Ses responsables retiennent trois apports principaux du dispositif:

1 / Au niveau du terrain, une réelle possibilité d'avoir un suivi quotidien des habitants (chez eux) grâce aux premières lignes qui peuvent se rendre dans les immeubles où les gens ne se sentent pas en sécurité. De plus, l'existence de la Coordination 18 a permis de doubler le travail des premières lignes d'EGO chargées de faire le lien entre rue, usagers et habitants. À cet égard, la Coordination notait, dans son rapport pour le comité de pilotage du 4 mai 2000, qu'il n'y avait « *plus de confusion entre EGO et Coordination 18* », que le personnel de EGO n'était plus choqué par le travail auprès des habitants et que certains se proposaient même d'y participer.

2 / Une discussion, un rapprochement avec les partenaires. Par exemple, la Boutique ferme pendant l'été, ce qui provoquait un épuisement de l'équipe d'EGO qui devait accueillir tous les usagers fréquentant la Boutique et qui ne savaient où aller. L'intervention de la Coordination a permis un réaménagement : l'antenne mobile de la Boutique reste désormais ouverte et il y a une réunion hebdomadaire entre une responsable de l'association Charonne, l'antenne mobile et la Coordination.

3 / Une évolution inégalement appréciée des relations avec les hôpitaux qui accueillent plus facilement les usagers que par le passé et ne leur imposent plus des temps d'attente aussi longs.

EGO considère d'autre part que le dispositif permet d'ouvrir un débat qui auparavant n'existant pas et d'avancer vers « cette utopie politique » qu'est l'intégration de la toxicomanie dans le droit commun.

On observe une corrélation entre, d'un côté, l'appréciation positive du dispositif et singulièrement du travail de la Coordination (même si elle s'accompagne de critiques) et, de l'autre, la participation active au comité technique.

Hors des structures, le travail de rue a occasionné un débat sur la difficulté, pour les premières lignes, d'aborder les usagers « les mains vides », c'est-à-dire sans matériel de réduction des risques à leur proposer. Les structures étaient divisées sur ce point, mais la décision du comité technique a prohibé le don de seringues ou de préservatifs aux usagers rencontrés. Néanmoins, en mars 2001, la Coordination distribuait des préservatifs à la Maison Bleue, lieu d'habitation et de prostitution du quartier Marx-Dormoy.

Ce travail de rue a servi marginalement à faire connaître les structures à des usagers isolés. Il a davantage constitué un complément à ce qui se fait à la Boutique, à EGO ou au « *Sleep-in* » : accompagnements à l'hôpital¹⁵, suivi de démarches entreprises, renseignements donnés, établissement de relations de confiance.

D'autre part, la Coordination a mis à profit le travail de rue pour établir des statistiques sur le profil des UD. Celles-ci ont été utiles à la description de la situation, mais elles se sont avérées inopérantes dans la recherche de variables permettant de résoudre des problèmes. Le système de suivi finalement choisi est plus qualitatif que statistique.

15. Ce thème a également été débattu en comité technique, certains membres pensant que les structures avaient assez de personnel pour assurer les accompagnements.

À la découverte des griefs des riverains

En ce qui concerne les habitants, la Coordination a banni une vision homogénéisante et simplificatrice et mis en œuvre une approche plus fine de différentes catégories : les gardiens d'immeubles, les locataires ou propriétaires de logements, les commerçants, à partir de questions telles que : « Qui fait appel à nous ? », « De quoi ont-ils peur ? » « Quels sont les vrais problèmes, les problèmes imaginaires, les solutions envisagées par les habitants ? »

Les quartiers concernés sont en effet hétérogènes et étaient inégalement connus de la Coordination au départ. La Goutte-d'Or a bénéficié de la présence et de l'ancienneté de l'activité de EGO et de PGO, cette dernière ayant eu un impact véritable sur la réhabilitation du secteur et sur le maintien sur place des habitants. Le tissu associatif de La Chapelle s'est constitué plus tardivement, mais il est devenu un acteur majeur de l'intégration de la parole des habitants aux projets de transformation. C'est à Simplon-Clignancourt que la situation était le moins clairement perçue et qu'aucune structure d'accueil et de soins ne pouvait appuyer la Coordination. Faut-il voir là une explication de la rotation du personnel de l'équipe de rue de ce secteur ?

À la Goutte-d'Or et à La Chapelle, le travail auprès des gardiens, qui a démarré difficilement, a finalement été « payant ». Certains gardiens, réticents de prime abord à l'égard de jeunes gens qui venaient les voir en se réclamant de la « Coordination 18^e », ont progressivement compris qu'ils étaient des relais fiables en cas de problèmes entre les personnes logées dans les immeubles et les usagers de passage. Un réseau s'est ainsi créé entre la Coordination et certains gardiens d'immeubles.

Les professions médicales ont été une autre population-cible de la Coordination, à la suite du travail entrepris par EGO dans le milieu des pharmaciens. L'expérience de EGO¹⁶ et sa collaboration avec PGO et la Salle Saint-Bruno avaient jeté les bases d'un travail de quartier entre usagers, habitants et commerçants à la Goutte-d'Or. Cette pratique, limitée à un quartier particulier ne pouvait pas obligatoirement être reproduite à l'identique dans d'autres parties de l'arrondissement, d'autant que les structures d'accueil et de soins situées dans le quartier de La Chapelle n'avaient pas développé de travail de rue.

16. Dès sa création, EGO a ciblé les professions médicales, principalement les pharmaciens, dans sa stratégie de réduction des risques et de prise en charge collective des problèmes posés par la toxicomanie. Plusieurs recherches-action ont été conduites et ont abouti, entre autres, à l'ouverture de STEP, point d'échange de seringues situé boulevard de La Chapelle. Le travail avec les médecins a été moins développé, bien qu'il reste un des objectifs de la Coordination.

Le terrain et l'institutionnel

Tous les participants au dispositif s'accordent sur le caractère improvisé de son démarrage. Neuf mois ont bien séparé la publication des neuf propositions des habitants et des structures, et le démarrage du dispositif. Mais ils ont été consacrés davantage à défendre le principe de cette initiative qu'à organiser son fonctionnement et à préparer ses interventions.

À cet égard, certains membres ou anciens membres de la Coordination maintiennent qu'il aurait été préférable de préparer plus soigneusement l'intervention avec les partenaires institutionnels intervenant dans les quartiers concernés (maire, police, justice, santé, prévention), avant de se lancer au-devant des usagers et des riverains.

En fait, l'alternative n'est pas entre, d'un côté, une élaboration en chambre avec des partenaires dont aucun n'avait l'expérience globale visée par le dispositif et, d'un autre côté, une immersion purement empirique sur le terrain. L'intention novatrice du dispositif aurait plutôt nécessité d'être d'emblée dans la pratique, avec la possibilité d'un recul critique et d'une capitalisation progressive reposant sur un tiers extérieur. En ce sens, l'idée de la recherche-action était intéressante, à condition de s'entendre sur son objectif. S'il s'agissait d'une recherche-action sur le dispositif lui-même, elle ne pouvait être confiée ni aux psychiatres ni aux coordinateurs, mais à une structure tierce qui n'ait pas d'autre fonction dans le dispositif. En revanche, si l'objet de la recherche-action était la connaissance des quartiers, des habitants, des commerçants, des usagers et des intervenants divers, elle devait être pilotée par un(e) spécialiste et réalisée par les coordinateurs et les premières lignes. Le pilotage aurait pu être donné à un(e) professionnel (le) extérieur(e) ou à l'un des coordinateurs dégagé pour cela d'une partie de ses autres missions.

Dans les faits, la Coordination a visé les deux objets. Or, en ce qui concerne le premier, aucun de ses membres n'était légitimée aux yeux des autres partenaires pour énoncer un jugement ou des propositions de modification. Quant au second, il a donné lieu à des pistes de travail, notamment sous forme de questionnaires adressés à différentes catégories de la population des quartiers. Un traitement partiel des investigations portant sur les usagers de drogues figure dans le rapport d'activité de l'ensemble de la période ; plutôt qu'un résultat de recherche, il s'agit là d'une présentation de données et de commentaires ajustés à la pratique du travail de rue. Il est évident que le temps a manqué pour que les équipes elles-mêmes engagent un véritable travail de recherche. Il eut été profitable que le dispositif soit accompagné par une telle mission, financée séparément.

Éducateurs, chercheurs, médiateurs ?

Le métier de coordinateur, pas plus que celui de « première ligne » ne peut être désigné par un de ces termes pris isolément. Leur pratique a fait appel, sans les couvrir complètement, à ces différentes fonctions. C'est bien le propre d'une expérimentation que de mettre en œuvre des compétences nouvelles qui ne sont pas constituées *ex nihilo* mais en dépassement ou en déplacement de savoir-faire existants.

Après un certain temps d'expérimentation, et sous peine de frustration des intervenants et de brouillage de leur image auprès du public, il est nécessaire que soit reconnue une qualification, sinon un métier. Cette absence de statut se retrouve dans d'autres contextes : les chefs de projet de la politique de la ville, ou les médiatrices sociales et culturelles se sont trouvés face à cet enjeu. S'il n'a été verbalisé ni par les coordinateurs, ni par les premières lignes, ce flou statutaire est tout de même en toile de fond de l'évolution du dispositif.

Les équipes de la Coordination ont accompli un travail qu'aucune autre organisation ne fait : ce n'est pas véritablement de la médiation, mais une action d'interpellation et de rapprochement de différentes institutions et collectivités à partir d'un contact direct avec des usagers de drogues aussi bien que des riverains ayant à s'en plaindre. Cette action multiforme a été menée dans une attitude de veille permanente c'est-à-dire de capacité à ne pas se contenter du partage des rôles traditionnel dans les politiques publiques, à ne pas éviter les questions gênantes, à affronter les problèmes jusqu'à trouver des solutions, à suivre les situations individuelles rencontrées tout en menant une réflexion d'ensemble. C'est peut-être sur ce dernier aspect de réflexion globale que les coordinateurs n'ont pas eu la possibilité de capitaliser toute l'expérience des premières lignes ni la leur propre. Ce serait un axe de travail pour la nouvelle association.

La capacité à soulever des questions, à prendre en charge des problèmes, à susciter le débat à leur sujet et à chercher des solutions dans la concertation avec les autres acteurs est une grande qualité de la Coordination. Mais ses moyens limités en personnel, en compétences, en temps, en fonctionnement de réseau, ne permettent pas que toutes ses initiatives aboutissent, d'où des risques de découragement et de repli sur la routine – risques qui n'ont pas tellement atteint les coordinateurs mais ont affaibli la consolidation de l'équipe dans son ensemble et ont eu des effets négatifs sur les premières lignes ; une partie des départs (démissions ou licenciements) est explicable par cet aspect du fonctionnement.

Le pouvoir dans le dispositif

La dilution de l'autorité entre le comité technique, formé des représentants de structures d'accueil et de soins, et la Coordination s'est soldée par une crise qui s'est déclenchée au bout de quelques mois et a culminé pendant l'été 2000.

Les coordinateurs et les psychiatres ont souffert de cette situation parce qu'ils ont été pris en tenailles entre les structures et les premières lignes. Les structures, dans le cadre du comité technique, les ont rapidement mis devant une obligation de résultats qu'ils ont eu tendance à reporter sur les premières lignes ; celles-ci, tantôt subissaient des injonctions contradictoires des deux sources d'autorité, tantôt étaient renvoyées à une absence de capacité décisionnelle. D'où des tensions au sein de la Coordination, qui n'ont pu être supportées par tout le monde. Un ancien première ligne qui a quitté la Coordination l'exprime en ces termes : « *Un moment il n'y avait plus de communication possible entre les premières lignes. Il n'y avait pas de direction (puisque trois coordinateurs), pas de pouvoir (les deux psy n'ayant que des temps partiels et n'étant pas très présentes). Les coordinateurs pris entre le marteau et l'enclume ne pouvaient prendre le pouvoir bien que B. et G. aient été plutôt d'accord. Ce sont les trois nouveaux premières lignes qui se sont imposés. Aux comités techniques, les coordinateurs en prenaient plein la gueule, c'étaient les premières lignes qui parlaient.* »

Une autre ex-coordinatrice parle de chevauchements d'autorité entre les structures membres et d'une toute-puissance du comité technique sur la coordination, alors que les niveaux de décision n'avaient pas été clairement définis ni affirmés. Elle estime que le comité technique aurait dû avoir délégation sur les orientations générales, les choix stratégiques, et que la Coordination aurait dû être maîtresse de l'organisation du travail (horaires, répartition des interventions...). Or, selon elle, les trois coordinateurs n'étaient jamais d'accord entre eux et se laissaient « dominer » par le comité technique.

Une organisation militante

Les critiques rapportées ci-dessus renvoient à un malaise ressenti par tous les membres de la Coordination. Cependant, les coordinateurs qui sont restés en poste ont constamment cherché à améliorer l'organisation du travail des équipes : le fait que le comité technique ne les ait pas aidés sur ce plan n'a pas été vécu comme un problème grave : « *On ne pouvait pas attendre de conseil des structures sur ces points de méthode* », disent-ils, conscients qu'ils ont été placés en situation de devoir innover.

Tout au long de l'expérimentation, les coordinateurs ont cherché à rencontrer les différents services publics locaux afin de développer des coopérations. Le fait qu'il ait fallu un certain temps pour nouer des contacts constructifs est lié d'une part à l'absence de codification du métier de « coordinateur – toxicomanie » déjà évoquée et, d'autre part, à une double méfiance : celle des non-spécialistes vis-à-vis de tout ce qui touche à la toxicomanie (surtout dans un espace où ce thème est aussi sensible) et celle des spécialistes vis-à-vis d'équipes improvisées sur ce champ.

Un appui efficace de la part de la DDASS ou de la mairie d'arrondissement¹⁷ aurait consisté à annoncer l'existence et à expliquer les buts de la Coordination aux différents services sociaux, éducatifs, de logement, d'animation, présents dans les quartiers. En fait, ce sont les coordinateurs eux-mêmes, et parfois les premières lignes, qui ont été à l'origine d'actions menées en partenariat, si l'on excepte la réunion du vendredi en mairie organisée à l'initiative de la municipalité.

Le style de travail de la Coordination apparaît finalement typique des associations intervenant dans les secteurs urbains en difficultés. Ni l'énergie ni le temps de présence ne sont comptabilisés strictement, les salariés intériorisant les objectifs de l'organisation et ne les prenant à leur propre compte. Dans le dispositif, ce rapport au travail existe également à EGO, et, dans une moindre mesure, à la Boutique et au « *Sleep-in* », tandis que La Terrasse est un service qui fonctionne sur le modèle hospitalier et dont les responsables se différencient du milieu professionnel associatif.

La transformation de la Coordination et du dispositif

La période expérimentale a été riche d'enseignements qui ont, cependant, été chèrement payés. Les enseignements sont de plusieurs ordres. Ceux qui nous paraissent les plus significatifs, au regard des objectifs du dispositif, sont :

- la création et la pérennisation d'une équipe d'intervention originale dont les membres ont appris à travailler ensemble et ont effectivement produit de l'innovation dans l'approche des problèmes posés par les toxicomanies dans des quartiers dont la population connaît beaucoup de difficultés;
- la communication entre les structures d'accueil et de soins du 18^e;
- la reconnaissance de la part des élus locaux que les habitants, en partie tout au moins, appréciaient fortement l'appui de la Coordination.

17. Nous ne nommons pas ici la DASES de la ville de Paris, étant donné qu'elle n'a pas participé à l'expérience.

Ces acquis ont été obtenus par-delà quelques obstacles douloureux :

- le *turn-over* important dans les équipes de la Coordination : au moment du démarrage de l'évaluation (septembre 2000), seuls deux des premières lignes embauchés au commencement étaient encore là ; trois avaient démissionné, deux avaient été licenciés et deux autres n'avaient pas souhaité renouveler leur contrat à durée déterminée. Un des trois postes de coordinateur avait été occupé par trois personnes successivement ;

- les conflits d'autorité à plusieurs niveaux : entre premières lignes et coordinateurs, entre les coordinateurs et le comité technique – conflits au sein desquels les premières lignes étaient sans doute les plus libres de porter des critiques envers le dispositif et, le cas échéant, de le quitter, du fait de leur position « inférieure » dans la hiérarchie implicite et tout autant de leur position professionnelle « au front » ;

- une contestation interne au dispositif sur l'absence d'une direction claire de la Coordination et sur l'incohérence du double pouvoir des coordinateurs et du comité technique, source de tensions et d'incertitude.

Une autre faiblesse, moins cruciale mais notable tout de même, était l'ambivalence de la revendication de transversalité dans le dispositif. Les coordinateurs pouvaient en principe s'adresser de la même manière à chacune des structures et instaurer des modes de travail commun ; pour les premières lignes, c'était plus difficile, étant donné leur appartenance à l'une ou l'autre¹⁸ ; enfin, pour les structures elles-mêmes, la transversalité s'est parfois résumée à tenter de tirer le dispositif dans le sens de leurs orientations propres ou à faire intervenir des premières lignes sans que l'on puisse établir clairement si c'était au titre du dispositif de médiation, d'EGO, de la Boutique ou du « *Sleep-in* ». La question s'est posée notamment pour le conseil juridique dispensé par une première ligne employée par SOS DI, mais parfois demandée pour accompagner des usagers de EGO à la préfecture. Ce qui n'était pas, en soi, un problème pouvait le devenir dans un contexte de tension entre les structures, d'incertitude de la part des premières lignes et d'absence d'élaboration commune des règles de travail en transversalité.

Dès la rentrée de l'automne 2000, après un été de crise, ces éléments ont conduit le comité de pilotage du dispositif à s'engager dans la voie d'un changement structurel.

Au cours de l'été, la DDASS avait proposé de missionner une spécialiste sur le moyen de sortir de la crise. Cette mission a été refusée en comité de pilotage (septembre 2000), bien qu'une partie des structures n'y fût pas opposée (la Boutique)

18. Il s'agit là d'appartenance limitée à un contrat de travail pour certains, mais plus profonde pour ceux qui avaient auparavant travaillé dans telle ou telle structure.

et que les coordinateurs et les psychiatres de la Coordination auraient souhaité l'intervention d'un tiers entre eux et le comité technique. Tous les participants s'accordaient cependant sur le fait qu'il fallait fonctionner autrement (« *je déclare forfait si on continue comme ça* », « *on ne tiendra pas trois ans* ») après n'avoir passé que trop de temps « *à essayer de gérer des problèmes internes, au détriment du travail de terrain que nous voulons privilégier* », a-t-il été dit lors de cette séance.

La période écoulée entre les deux comités de pilotage de septembre et de novembre a été employée, tout en poursuivant l'action du dispositif, à préparer sa mutation. Lors de la réunion du 20 novembre 2000, le comité technique a présenté les statuts proposés pour l'association à créer à la fin de l'expérimentation afin de pérenniser et autonomiser la Coordination. Les débats ont principalement porté sur la place respective des habitants et des structures sociosanitaires au conseil d'administration de cette association et sur le financement d'un poste de directeur de la Coordination. Sur ce point, les représentants des structures et de la Coordination ont vivement réagi à l'annonce que la DDASS ne pourrait pas financer un poste supplémentaire et à la suggestion de ses représentantes préconisant de réduire le nombre de coordinateurs à deux afin de pouvoir inclure un poste de directeur dans le budget annuel. Dans les deux débats, les divergences ont été manifestes entre la logique de l'administration sanitaire et sociale, représentée par la DDASS, et celle des acteurs locaux.

Par la suite, il a été décidé de maintenir trois coordinateurs et de financer le poste de directeur avec une combinaison de crédits de la politique de la ville et de crédits de la MILDT.

Pour conclure sur le fonctionnement, il ressort que la Coordination s'est maintenue contre vents et marées et qu'elle a perdu en efficacité la part d'énergie consacrée à la régulation interne. Mais c'est le sort quasiment inévitable d'un dispositif expérimental, d'autant plus sur un terrain aussi difficile que celui des problèmes liés à la toxicomanie dans un environnement en difficulté où domine le sentiment de relégation.

L'ACTION DE LA COORDINATION

Ainsi qu'il a été dit plus haut, le travail d'analyse interne des données recueillies n'était pas encore réalisé lors de l'évaluation. Il est néanmoins possible de faire état des connaissances réunies par les enquêtes effectuées par la Coordination, le nombre d'usagers et d'habitants touchés – enquêtes qui constituent une base appréciable pour la poursuite de la mission, s'il s'agit par exemple d'adapter plus finement l'approche des différentes catégories d'habitants, de commerçants et d'usagers de

drogues. Remarquons cependant que ces enquêtes ne sont pas restées sans effet puisqu'elles ont permis de structurer une partie de l'activité en partenariat avec différents services et différentes structures dans les quartiers.

Nous présenterons donc successivement les données réunies par la Coordination concernant les riverains, les usagers, l'approche des pharmaciens et la construction d'un travail transversal.

Données sur les riverains

Première approche des riverains

Après les trois premiers mois d'activité, le bilan de la Coordination est le suivant :

Contacts pris par quartier	Nombre d'immeubles	Nombre de contacts ¹⁹
Goutte-d'Or	14	57
La Chapelle	13	60
Clignancourt	10	19
Total	37	136

En mai 2000, un bilan est établi par quartier. Nous en regroupons les principaux éléments dans le tableau ci-dessous. Celui-ci est incomplet car les enquêtes de la Coordination ont été inégalement renseignées selon les quartiers et selon les thèmes.

	La Goutte-d'Or	La Chapelle	Simplon-Clignancourt
Immeubles	22	25	-
Situations apaisées	11	15	-
En cours de traitement	8	7	-
En attente	-	6	-
Situations sans réponse	3	4	-
Habitants rencontrés	-	-	28
Commerçants rencontrés	25	-	37

19. Certaines personnes ont été vues plusieurs fois et sont comptées à chaque fois, car la Coordination estime que pour pouvoir intervenir utilement, plusieurs contacts sont nécessaires (première entrevue, recueil de témoignage, validation par autres témoignages, organisation d'échanges entre habitants, mise en relation du collectif d'habitants avec des acteurs associatifs et institutionnels, accompagnement de la démarche). Voir en annexe en ligne sur le site www.drogues.gouv.fr les modèles de fiches de contact et de fiches de suivi des habitants et gardiens d'immeubles, des pharmaciens et des autres commerçants.

Nous n'avons pas trouvé d'autres éléments d'analyse quantitative des situations des riverains dans les rapports de la Coordination. En revanche :

1 / La Coordination s'est efforcée d'affiner les grilles d'analyse au fur et à mesure du développement de son activité, mais les coordinateurs n'en ont pas synthétisé les enseignements.

2 / Les interventions auprès des habitants se sont poursuivies, en dépit du manque de cadrage statistique.

Cette relative faiblesse laisse penser qu'une certaine priorité a été donnée aux usagers par rapport aux riverains. D'une certaine manière, c'est sans doute le cas. Mais cette réflexion demande à être nuancée. En effet, la Coordination a pu considérer que l'intervention auprès des habitants nécessitait moins d'établir des profils statistiques que l'action auprès des usagers, sans pour autant négliger ces interventions.

Il n'en reste pas moins que les éléments d'information réunis sur les riverains ont été moins exploités, alors même que les outils d'investigation ont été revus à plusieurs reprises. Cette lacune devrait être prise en compte dans la poursuite de l'activité.

APPROCHE DES USAGERS

Première approche des usagers (février 2000²⁰)

Un premier élément est le nombre d'usagers rencontrés (c'est-à-dire avec lesquels un échange a été établi) par les premières lignes de la Coordination.

Rencontres	Usagers	Dont nouvelles personnes
Octobre	173	77 ²¹
Novembre	155	42
Décembre	96	28
Total	424	147

20. À l'exception du premier tableau ici présenté, les données apparaissent uniquement en pourcentage. Elles sont issues du document de préparation du comité de pilotage du 1er février 2000 élaboré par la Coordination. Il est regrettable que n'y figurent pas les valeurs absolues qui donneraient une idée plus complète des populations concernées.

21. Le premier mois, les nouvelles personnes sont celles qui ne sont connues d'aucune des structures bas seuil membres du dispositif.

Le recensement des types d'action occasionnés par ces rencontres met en avant le soutien et l'écoute, activités qui dépassent de loin toutes les autres. Viennent ensuite, pratiquement à égale intensité : l'information, la prise de contact et l'orientation.

Le lieu de rencontre principal est la rue. Trois fois moins de rencontres ont lieu dans les structures associatives²².

Les sujets abordés lors des rencontres de rue sont extrêmement divers : le graphique établi par la Coordination est dominé par l'item « autres ». L'hébergement tient la deuxième place et l'hygiène/sanitaire la troisième.

Par ailleurs, la Coordination a cherché à établir les caractéristiques de ces usagers.

Les usagers rencontrés sont, pour 71 % des hommes et pour 29 % des femmes. La plupart ont entre 26 et 40 ans.

16-25 ans	26-40 ans	> 40 ans	inconnu
11 %	74 %	10 %	5 %

Près de la moitié déclare n'avoir ni logement ni hébergement.

Rue	Hébergement d'urgence	Hôtel	Squat	Chez tiers
44 %	25 %	16 %	12 %	3 %

Les produits consommés relèvent d'une polyconsommation dominée par le crack, tandis que 18 % des usagers rencontrés déclarent prendre des produits de substitution.

Crack	Cannabis	Alcool	Médicaments	Héroïne	Autres
25,3 %	20,2 %	19,5 %	10,8 %	3,6 %	2,1 %

22. Les rencontres dans les squats se sont développées ultérieurement à la date à laquelle ces statistiques ont été établies par la Coordination, qui, à notre connaissance, n'a pas renouvelé l'exercice.

Le bilan par quartier établi en mai 2000

	Goutte-d'Or	La Chapelle	Simplon-Clignancourt
Usagers rencontrés	80 (dont 20 nouveaux)	100 (30 nouveaux)	20
Usagers suivis	20	32	-
Accompagnements	14	13	-

Analyse de la situation des usagers dans le rapport global d'activité de la Coordination

Il est intéressant de rapprocher les chiffres donnés dans ce rapport de ceux de la première approche qui correspondent au travail mené au démarrage du dispositif. Cela permet de situer certaines évolutions sur une durée d'un an et demi. Ce rapprochement donne également à voir comment les outils d'analyse de la Coordination se sont affinés.

Voyons d'abord les données chiffrées mentionnées dans les deux documents.

Sur l'ensemble de la période d'activité (octobre 1999 à mars 2001), la répartition par sexe change peu: 73 % d'hommes et 27 % de femmes.

En revanche, la répartition des produits consommés n'est pas la même. La Coordination observe alors que « *de plus en plus de personnes débutent leur consommation avec des produits de substitution tels que le Subutex®* ».

Crack	Alcool	Cannabis	Médicaments	Substitution	Héroïne	Autres	Cocaïne
71,2 %	43,9 %	15,2 %	15,2 %	54,5 %	10,6 %	3 %	1,5 %

Sur l'ensemble de la période, tous les taux de consommation sont plus élevés, sauf pour le cannabis, que dans le document de février 2000. Si l'explosion de la consommation de crack est connue et explique cette différence, cette augmentation généralisée pose question sur la méthode d'enquête, notamment sur la base de population à partir de laquelle les taux sont calculés. Ainsi que nous l'avons déjà signalé plus haut, l'absence de valeurs absolues dans les documents de la Coordination gêne la bonne compréhension et obère quelque peu la validité des résultats.

Les modes d'hébergement restent marqués par la précarité mais l'approche plus fine des situations relativise le nombre de sans-abri; cependant, le nombre important de non-réponses²³ laisse penser qu'une partie d'entre elles émane sans doute de cette catégorie d'usagers qui préfèrent ne pas donner de détails sur leur situation.

Hébergement précaire : 51,4 % des usagers rencontrés

Héberg. d'urgence	Rue	Squat	Hôtel	Autres	Foyer	Chez tiers
16,7 %	13,6 %	6 %	4,5 %	4,5 %	3 %	3 %

Hébergement stable : 29,3 % des usagers rencontrés

Log personnel	Hôtel + suivi	Appart. thérapeutique
13,6 %	10,6 %	6,1 %

Données introduites au cours de l'ensemble de la période
Lieux de résidence

18^e arrondissement	Sans réponse	Autres arrondissements	Proche banlieue	Autres
62,7 %	9,1 %	7,6 %	6,1 %	4,5 %

23. Le rapport d'activité de la Coordination fait état de 18,2 % de non-réponses, de 29,3 % d'hébergement stable et de 51,4 % d'hébergement précaire.

La notion de lieux de résidence a ici une tonalité particulière puisqu'un certain nombre d'usagers déclare simultanément « être du 18^e arrondissement » et sans domicile fixe.

Situation juridique des usagers

Carte d'identité	Aucun papier	Sans réponse	Autres	Titre de séjour
27,3 %	25,8 %	21 %	9,1 %	6,1 %

La proportion importante de « sans papiers » a attiré l'attention de la Coordination, dans la mesure où une partie de la population concernée se trouve en situation d'avoir des papiers d'identité (qu'il s'agisse de Français ou d'étrangers), mais ne fait pas les démarches nécessaires. C'est une des raisons qui a poussé la Coordination à intensifier les permanences et l'accompagnement par des conseillères juridiques.

Ressources des usagers

Sans ressources	RMI	Cotorep	Salaire	Assedic	Prestations sociales
34,8 %	9,1 %	7,6 %	4,5 %	3 %	1,5 %

Couverture maladie

Sans réponse	Aucune	CMU	Aide médicale État	Autres
47 %	25,8 %	18,2 %	6,1 %	3 %

La lecture de ces tableaux, outre l'information qu'ils apportent sur les profils d'usagers, témoigne de la façon dont la Coordination a approfondi sa connaissance des usagers et pu, sur cette base, améliorer ses interventions auprès d'eux.

Approche des pharmaciens

Un travail systématique a été entrepris dans les pharmacies des trois quartiers. Il en ressort que des échanges ont eu lieu dans 10 officines de la Goutte-d'Or, 15 de La Chapelle et 20 de Simplon-Clignancourt. Les enseignements qui ont été retirés par la Coordination sont de plusieurs ordres. Les coordonnateurs mettent d'abord en avant l'hétérogénéité des positions des pharmaciens vis-à-vis de la toxicomanie et des usagers, allant du rejet à la prise en considération des demandes de ces derniers dès lors qu'elles s'appuient sur des ordonnances et font l'objet d'un suivi médical.

Les pharmaciens apparaissent comme très isolés, très peu d'entre eux faisant partie d'un réseau ville-hôpital ; les relations avec les médecins de ville sont rares. Leur connaissance des effets des produits absorbés par les usagers est très inégale, souvent faible.

Une différence notable est à souligner entre la Goutte-d'Or et les autres quartiers, du fait du travail de l'association EGO (implantée de longue date à la Goutte-d'Or) auprès des pharmaciens qui en ont retiré une meilleure capacité à aborder les problèmes liés à la toxicomanie et à relativiser l'insécurité qu'elle entraîne pour eux. Dans les autres quartiers, les pharmaciens ne connaissent pas les structures d'accueil et de soins pour usagers.

De façon générale, les usagers de passage sont plus redoutés que les usagers qui fréquentent régulièrement les mêmes officines, avec lesquels les relations sont parfois assez bonnes.

L'abus de Rohypnol® et le détournement du Subutex® sont partout ressentis comme un grave problème.

Travail transversal

Élargissement du public du dispositif

Un début de contacts avec des femmes prostituées a été effectué en juillet-août 2000, du fait de l'affluence de cette catégorie dans les structures ouvertes pendant l'été. La Coordination est alors amenée à envisager :

- un espace de parole et un travail d'enquête en commun avec EGO qui a mis au point un questionnaire ;
- des accompagnements de femmes enceintes ;
- une coopération avec des structures spécialisées.

Travail en transversalité

La Coordination a pris l'initiative de structurer des « constellations » – instances de rencontre et de collaboration entre différents acteurs, destinées à systématiser les échanges et à mettre les approches en complémentarité.

La Constellation juridique concerne les conseillers juridiques de chaque structure, et une Constellation santé est envisagée dans le même esprit. Elles se réunissent effectivement à partir de l'automne 2000.

La Constellation santé (le 26 octobre) a réuni des personnels des ECIMUD de Claude Bernard, de Bichat et de Lariboisière, de La Terrasse, des trois structures bas seuil du dispositif et de la Coordination.

Sur la base d'un questionnaire préalablement adressé à chaque service, institution ou association présentes, un annuaire a été établi, qui mentionne les lieux, jours et heures de permanences.

La rencontre a permis de mettre en avant l'influence des conditions de vie précaires des usagers sur les troubles dont ils sont affectés. La difficulté de leur accès aux soins est soulignée, ainsi que le manque de soins gratuits, de consultations gratuites, notamment gynécologiques, de même que l'impossibilité de proposer des réponses pertinentes face aux problèmes psychiatriques de nombre d'usagers.

Des actions communes sont envisagées :

- concertation entre les organismes sur les suivis individuels,
- enquêtes à faire sur l'état de santé des usagers et sur les motifs de consultation.

La Constellation juridique (le 31 octobre) a rassemblé les conseillères juridiques du « *Sleep-in* », de La Boutique, de EGO, de La Terrasse et de la Coordination. Face à l'augmentation du nombre de cas à traiter, l'accroissement du temps de permanences juridiques est envisagé. Au-delà de cette amélioration technique souhaitée, la Constellation affirme la nécessité de professionnaliser les postes de conseil juridique des différentes structures (là où ils ne le sont pas encore) et de placer la prise en charge juridique au même niveau d'importance que la prise en charge sanitaire et sociale.

Sur le problème de la prostitution, la Coordination a pris part à une réunion DDASS/associations de prévention, dans laquelle elle a attiré l'attention sur le fait qu'aucune association spécialisée n'intervient dans la Goutte-d'Or et où elle a informé du travail des équipes de rue du dispositif.

LES RÉSULTATS ET LES EFFETS

Il est généralement attendu d'une évaluation qu'elle statue sur les résultats d'un programme. Dans le cas du dispositif sur la toxicomanie du 18^e arrondissement, il serait hasardeux de se prononcer sur des résultats pour deux raisons qui tiennent respectivement au peu de précision des objectifs assignés au dispositif et, corollairement, à l'échelle de temps de leur réalisation. L'évaluation a pu analyser des effets à court terme de la mise en œuvre du dispositif, qui ne préjugent pas de ses résultats. Commenter les bilans d'activité de la Coordination, qui mentionnent précisément le nombre et la nature des interventions opérées auprès d'habitants des quartiers ou des usagers, n'apporterait pas d'autre enseignement que la preuve de l'activité importante des coordinateurs et des premières lignes.

Le rapport de la Coordination pour le comité de pilotage de février 2000 signalaient bien la nécessité devant laquelle s'était trouvée la Coordination au démarrage, « *de faire comprendre que le dispositif n'avait pas de remèdes miracle à proposer mais des solutions à moyen et/ou à long terme envisagées et issues de la concertation même avec les habitants* ».

Rappelons l'introduction du cahier des charges du dispositif :

« *Ce dispositif comporte deux objectifs. Le premier répond aux besoins de médiation sociale, le second vise à améliorer le dispositif sanitaire et social de prise en charge des usagers de drogues. Les deux volets sont reliés par la volonté d'une territorialisation et de coordination des actions de lutte contre la toxicomanie.* »

Rien n'est plus vague que la formulation du premier objectif. Or, paradoxalement, c'est à son propos que la lecture des effets s'est avérée possible, davantage que sur le second qui, à première vue, paraissait traduisible en objectifs opérationnels.

Vis-à-vis des riverains

Les effets de l'action du dispositif sont contrastés. Les riverains ne constituent pas un groupe homogène et les attentes étaient diverses.

Vis-à-vis d'habitants qui ne sont pas actifs dans l'une des associations de quartier, le dispositif avait à se faire connaître, à expliquer ses buts et ses moyens de fonctionnement, et surtout à faire accepter son postulat de base qui était que les solutions sont à chercher ensemble, et que les usagers de drogues ne sont pas des parias à chasser.

Vis-à-vis des responsables d'associations d'habitants à l'origine de la création du dispositif, la Coordination avait à construire des relations de coopération.

Vis-à-vis des associations qui étaient opposées à cette démarche (associations d'habitants et de commerçants), seule une amélioration sensible de la situation dans les quartiers était susceptible de les rapprocher de cette expérience.

Les effets perceptibles à travers les entretiens, la lecture de la presse (nombreux articles dans la presse nationale et journaux de quartier) et l'observation de réunions et de manifestations, témoignent d'évolutions inégales.

DE QUELQUES EFFETS DU DISPOSITIF AU REGARD DES ATTENTES DES RIVERAINS

Les attentes des riverains n'ont pas été recueillies par l'équipe d'évaluation qui n'était pas présente préalablement à la mise en place du dispositif. Elles sont cependant lisibles dans le texte des associations qui ont conduit à la création du dispositif, dans la presse, ou dans des courriers adressés à la mairie. Certaines d'entre elles sont résumées dans le rapport de la Coordination de février 2000. C'est à partir de leur rappel et de quelques commentaires que nous indiquerons en quoi le dispositif, tel qu'il a été pensé et construit, pouvait ou non y répondre.

Une richesse ostentatoire dans un quartier pauvre

« Le trafic et ses ressources financières importantes étalées aux yeux de tout le monde interpellent les habitants. »

Cette « interpellation » a plusieurs sens : le trafic heurte la morale du travail et de l'éducation des enfants, la circulation monétaire importante suscite envie et/ou découragement chez ceux qui sont « pauvres et honnêtes ».

Quels types de réponse peuvent être donnés, en dehors de la répression du trafic et de la prévention primaire ? Sur ce point, un dispositif de médiation ne peut intervenir qu'autour de la question et non en réponse directe. Il peut aider à la prévention par l'information des enfants et des jeunes sur les méfaits des drogues et les dangers du trafic, en partenariat avec l'Éducation nationale, la police et les équipements d'animation sociale et culturelle.

La Coordination a effectivement entamé une coopération avec des institutions très diverses et a, dans ce contexte, organisé ou participé à des débats publics, engagé des discussions avec la mairie et avec la police autour de cas particuliers. Cependant, la prévention primaire ne faisait pas partie des missions de la Coordination, pas plus que le fait de signaler à la police (quand elle ne les connaissait pas déjà) les lieux de trafic, en pleine rue ou cachés.

Il reste que, quels que soient les efforts de la Coordination, l'étalage public du trafic de stupéfiants demeure une des caractéristiques des quartiers concernés.

La visibilité de la déchéance et de l'illégalité

« La consommation de drogues dans les espaces publics et les parties communes des immeubles » est vigoureusement dénoncée dans les quartiers du 18^e touchés par la toxicomanie de rue.

Cette pratique est en effet susceptible d'être vécue comme une atteinte à la vie privée, à la propriété, aux bonnes mœurs, à la légalité.

Si les habitants n'osent pas ou ne parviennent pas à s'adresser aux usagers, c'est face à ces situations qu'un dispositif *ad hoc* peut tenter des actions de médiation. Mais il paraît difficile de mettre en présence les protagonistes de ces scènes et ceux qui voudraient simplement ne plus les voir chez eux. La médiation, dans ce cas, doit être construite en approchant d'abord distinctement les deux parties.

Le flou dans lequel le dispositif a fonctionné autorisait la Coordination à prendre des initiatives variées, dès lors qu'elles allaient dans le sens d'une meilleure prise en compte des problèmes liés à la vente et à l'usage de drogues dans des lieux de vie. L'ambiguïté de la mission se révèle dans le discours tenu par les équipes de rue au cours de leurs tournées, selon qu'il s'adresse à des riverains ou à des usagers. Quant à une mise en présence, celle-ci n'a pas encore été à l'ordre du jour, si ce n'est lors de la projection-débat à la Salle Saint-Bruno d'un film sur la toxicomanie dans le quartier de la Goutte-d'Or, moment rare d'écoute mutuelle, qui a certainement fait réfléchir tous les participants.

L'absence de repères des habitants

« Quel positionnement adopter devant l'ambiguïté, d'une part, d'une politique répressive et de l'autre, de la mise en place et du développement de programmes de réduction des risques ? »

La question est surprenante quand on sait que la répression est censée viser le trafic plus que la consommation et qu'en revanche, les usagers « bénéficient » de la politique officielle de réduction des risques, sauf s'ils sont en même temps consommateurs et vendeurs, ce qui est fréquent. Cette question renvoie en fait à la méconnaissance des politiques publiques de la part d'habitants peu informés, soit parce qu'ils ne se tiennent pas informés, soit parce qu'ils n'ont pas accès à l'information (par exemple s'ils ne parlent pas ou ne lisent pas le français), soit parce que l'information est mal diffusée par les pouvoirs publics.

Un dispositif sur la toxicomanie peut être un relais d'information expliquant aux riverains comment il se situe et quelle articulation il peut y avoir entre réduction des risques et répression du trafic de drogues.

C'est ce que s'est efforcée de faire la Coordination depuis qu'elle existe, mais le message passe difficilement.

La critique du manque de rigueur des pouvoirs publics

« Nombre d'habitants se posent la question de lieux de consommation pour les usagers de drogues les plus marginalisés et l'inadéquation avec la loi de 70. »

Il est ici fait allusion à la contradiction entre l'esprit de la loi de 1970, qui prévoit l'injonction thérapeutique pour des usagers de drogues, mais qui n'est que très modérément appliquée, et l'option prise dans certains pays d'ouvrir des salles d'injection pour les usagers sans domicile qui peuvent y prendre leur produit sous surveillance médicale. Les questions des habitants mettent la politique de la santé en face d'un choix sur lequel elle ne se prononce pas clairement: « surveiller ou punir » (selon la formule de Michel Foucault).

Un dispositif de médiation ne peut, sur ce thème, que recueillir les points de vues de riverains et alerter les institutions responsables des politiques de santé et de justice, de l'incohérence ressentie dans la population.

La Coordination a certes mis à profit les nombreux contacts institutionnels pour faire connaître le sentiment et les observations des habitants des quartiers concernés. Mais il lui a été difficile de maintenir une neutralité sur ces questions. Elle a, par exemple, donné à certains l'impression d'être là pour faire accepter des salles d'injection, ce qui est repoussé par beaucoup d'habitants. Si les objectifs de la politique publique sur les toxicomanies ne sont pas plus clairement affichés, à la longue le dispositif pourrait être taxé d'impuissance voire d'inutilité.

Un sentiment d'abandon

« L'implantation des structures d'accueil doit être répartie sur l'ensemble de la ville afin de ne pas stigmatiser des quartiers, déjà caractérisés par un ensemble de vulnérabilités. »

Le Nord et l'Est du 18^e arrondissement sont, parmi les quartiers populaires de Paris, ceux qui cumulent les handicaps visés par la politique de la ville : pauvreté, dégradation et surpeuplement de l'habitat, absence d'espaces verts et récréatifs, d'équipements sportifs et culturels, déficience du traitement et de l'entretien de l'espace public, inégalité d'accès aux services publics urbains et aux droits. Il n'est donc pas étonnant que leurs habitants ressentent comme une stigmatisation

supplémentaire l'implantation de plusieurs structures d'accueil d'usagers de drogues, dont on sait que la clientèle n'est pas de nature à requalifier un quartier en difficulté.

Face à cette revendication, prise en compte dans le plan triennal de lutte contre la toxicomanie de la MILD'T, mais restée sans réponse pratique, un dispositif situé dans le 18^e était inévitablement voué à se trouver en porte-à-faux.

La Coordination a permis, à ceux qui ont bien voulu écouter ses représentants, de comprendre que l'existence des structures d'accueil n'était pas la cause première de la présence de nombreux usagers de drogues dans leur environnement. Mais elle n'a probablement pas convaincu, parce que c'est indéfendable, du bien-fondé de la concentration des structures sur un périmètre restreint sans qu'aucune autre ne soit ouverte dans d'autres quartiers pendant toute cette période.

La nécessité d'une approche globale

« Comment peut-on résoudre le problème de la toxicomanie de rue sans prendre en compte le contexte dans lequel il s'inscrit, précarité économique, tissu urbain dégradé... ? »

Cette question s'inscrit dans le prolongement de la réflexion précédente et appelle des interventions puissantes du type Grand Projet de Ville ou Programme d'Initiative Communautaire URBAN, dont la réussite est conditionnée par d'importants financements mais surtout par une volonté politique forte et par une coopération de qualité entre habitants, professionnels et institutions.

Un organisme intermédiaire tel que le dispositif toxicomanie pouvait, par sa recherche-action, apporter des éléments d'analyse et des propositions utiles à la construction d'une stratégie de requalification d'ensemble des quartiers.

La recherche-action n'a pas été suffisamment systématisée pour servir un tel objectif. Par ailleurs, le retard pris par la politique de la ville à Paris, par manque de dialogue et de partenariat entre l'État et l'ancienne municipalité, est responsable d'une absence de fertilisation croisée entre le contrat de ville et le dispositif sur la toxicomanie.

Autres effets vis-à-vis des riverains

Les attentes qui ont été passées en revue ne sont pas exhaustives. Auraient pu y être ajoutées les attentes explicites de certains habitants visant l'éradication de la toxicomanie dans le quartier. Or, le dispositif n'a pas été conçu sur un tel projet. Il ne serait donc pas pertinent de se poser la question de la satisfaction de ces attentes par les actions engagées dans le cadre du dispositif.

Certains effets, qui ont pu être repérés au cours de l'évaluation, seront évoqués ici, que ce soit sous l'angle de ce qui peut être considéré comme une amélioration de la situation, comme le début d'un processus de transformation, comme un pis-aller ou comme un échec.

Identification de la Coordination

La présence de la Coordination dans les lieux d'habitation s'est concrétisée de deux manières : soit en réponse à des appels, soit sur un mode spontané dans le cadre du travail de rue. Les deux approches ont été méthodiques, avec dépôt de dépliants et d'affichettes mentionnant l'adresse et le numéro de téléphone de la Coordination. De cette manière, le contact pouvait être maintenu avec les habitants ou gardiens d'immeubles.

En revanche, l'existence et la localisation de la Coordination sont restées peu connues de l'ensemble de la population. On peut se demander, à cet égard, si la Coordination a eu la possibilité de s'adresser à tous les responsables d'équipements et d'associations des trois quartiers.

Appeler quelqu'un et savoir qu'il y aura une réponse

La Coordination a toujours répondu aux appels des riverains, soit par conversation téléphonique, soit en se rendant sur place, en écoutant et en dialoguant. Si cela ne suffit pas, et qu'il est nécessaire d'engager des démarches (pour limiter ou supprimer les va-et-vient d'usagers dans l'immeuble ou pour procéder à du ramassage de stocks de matériel d'injection usagé), la Coordination fait appel au service compétent. Ensuite, les coordinateurs ou les premières lignes viennent voir si leur appel a été suivi d'effets, faute de quoi ils relancent les services responsables.

Il est certain que ce mode de fonctionnement n'a pas toujours contenté des habitants las de devoir faire de multiples réclamations pour vivre dans des conditions décentes d'hygiène et de tranquillité. Mais la Coordination ne pouvait pas faire plus, à moins de fonctionner 24 heures sur 24. Elle peut être un lien entre les habitants et les services publics et non se substituer à ces derniers. Paradoxalement, l'existence de la Coordination a sans doute ravivé les demandes d'intervention de la part de certaines personnes qui s'étaient peut-être découragées avant que ses représentants n'écoutent leurs doléances. C'est alors la question de l'amélioration de l'efficacité des services municipaux, et des institutions chargées de la santé, des organismes de logement social, de logement d'insertion, de logements thérapeutiques, qui est posée.

Engager le dialogue avec des usagers

Une des deux lignes d'action de la Coordination étant la médiation, bien que la nature de la médiation n'ait jamais été précisée, on pouvait supposer qu'elle tendrait vers l'établissement d'un dialogue entre usagers et habitants.

Ainsi que nous le disions plus haut, cela n'a pas encore été réalisé. Le seul endroit où ce contact existe est le local de EGO qui accueille principalement des usagers, mais également des habitants du quartier. Nous avons mentionné plus haut que la médiation entre usagers et habitants, au sens de la mise en présence des uns et des autres ne pouvait pas être envisagée d'emblée. Il serait néanmoins souhaitable que l'expérience soit tentée, tant il est vrai que nombre d'usagers sont accessibles aux demandes des habitants mais, se sentant rejetés, n'osent pas prendre les devants ; il est vrai aussi que le sentiment de méfiance et de rejet est susceptible de s'amenuiser lorsque les usagers ne sont plus considérés comme une entité extérieure, mais comme des individus en souffrance avec lesquels des non-usagers échangent.

Crispation des associations « protectionnistes »

On peut dire que la naissance du dispositif a marqué la victoire des « conciliateurs » sur les « protectionnistes » au sein des associations de riverains. Mais les deux camps ne sont pas monolithiques et l'on a pu observer des mouvements d'un côté et d'autre.

Ainsi, le collectif d'associations Stop la Drogue, créé en 1995 dans le secteur de la Porte de la Chapelle, a participé à l'élaboration des neuf propositions qui ont donné naissance au dispositif, sans pour autant s'associer au montage de celui-ci. Ce collectif a oscillé entre une position critique vis-à-vis du dispositif (à propos des heures de présence dans la rue et de l'incapacité à apporter des solutions d'une certaine ampleur) et une reconnaissance du fait que la situation s'était, un moment, calmée. Le 15 juin 2001, Stop La Drogue a appelé à une manifestation de rue avec l'association Charles Hermitte, puis à une autre vers la mairie le 25 juin et a sollicité la maire du 18^e avec laquelle une visite commentée du quartier a été effectuée, afin de constater les dégradations liées à la prostitution et à la toxicomanie.

De même, les associations qui avaient intenté un procès à La Boutique et au « Sleep-in » et qui, déboutées, avaient fait appel puis suspendu l'appel, auraient repris la procédure à la même époque.

D'autres associations, systématiquement opposées à la démarche du dispositif, n'ont pas désarmé. L'association Droit Au Calme, qui a été créée au même moment que le dispositif, rassemble des habitants des rues de Panama, des Poissonniers, de Suez. Elle a impulsé, au cours de l'automne 2000, une campagne

de presse présentant le quartier de Château-Rouge comme un lien où « *une jeunesse est en danger de mort. Son seul modèle de socialisation c'est la délinquance : junkies en manque et dealers s'effondrent en pleine rue ; maison de passe à côté de deux écoles et d'un collège ; "marché aux voleurs" sur les trottoirs...* » (Le Nouvel Observateur, 5-12 octobre 2000).

Même après une année et demie d'activité du dispositif, DAC ne lui accorde aucun crédit, estimant que la police a démissionné et laissé la place à un réseau associatif tout-puissant dirigé par des travailleurs sociaux qui ont le tort de croire que les solutions doivent être trouvées au sein même du quartier: « *L'habitant devient de fait un travailleur social constraint, nié dans sa dimension d'être vivant, souhaitant entretenir avec ses voisins un échange normal. Il est réduit à jouer le rôle de décor de la seule scène sensée, la seule en tous cas qui semble digne de l'intérêt des pouvoirs publics, celle qui se produit entre toxicomanes, dealers et travailleurs sociaux* ». L'association a élaboré un plan d'action dans lequel elle plaide pour un rétablissement du rôle de l'État. En ce qui concerne la toxicomanie, ce plan avance notamment les idées suivantes pour le court terme :

- reconquête de l'espace public par une politique de travaux ;
- expulsion des squats occupés par les dealers ;
- fermeture des débits de boissons abritant le commerce de stupéfiants ;
- combat contre la prostitution ;
- redéfinition de la mission de Médecins du Monde ;
- limitation des heures d'ouverture de l'association EGO ;
- organisation de réunions entre Coordination 18, la police urbaine de proximité et des représentants des habitants.

Ces propositions visent plusieurs objectifs : les unes s'opposent clairement à la politique de réduction des risques (sur EGO et Médecins du Monde) et appellent des interventions décisives de la police (fermeture des squats et des débits de boissons) ; d'autres font écho au travail de la Coordination (qui lance un projet d'embellissement de la rue Myrha, par exemple, et se réunit régulièrement avec la police et des habitants), alors que des membres de cette association, importunés par la présence d'usagers de drogues, refusent de faire appel à la Coordination. À moyen terme, Droit Au Calme propose « *d'associer les vrais habitants, en amont, par la participation au conseil de quartier quand il se mettra en place, à toute décision concernant la toxicomanie* », et de « *reconsidérer le système organisé autour de la toxicomanie... au profit d'une réelle structure de soins, de rééducation, de réinsertion et de formation* ».

Sur un registre un peu différent, l'association Entraide 18 persiste également dans le refus du dispositif en argumentant que les usagers de drogues sont malades et que des centres de désintoxication existent pour les accueillir loin des quartiers où ils ont leurs habitudes. La Coordination 18, le Point écoute jeunes de La Chapelle, la Boutique sont critiqués en bloc, les deux premiers sur leur manque de professionnalisme et l'ensemble sur leur tolérance vis-à-vis de la présence d'usagers de drogues au milieu des habitants. L'association estime ne pas être écoutée par les pouvoirs publics et être exclue d'une concertation qui ne s'adresse qu'à des associations « *déjà financées qui ont fait le projet* (du dispositif) ». Cette association prône la désintoxication et la réinsertion à partir d'établissements médicalisés situés en milieu rural. Elle estime que l'existence du dispositif n'a rien résolu, que le calme revenu un moment au carrefour Marx-Dormoy ne correspond qu'à un déplacement temporaire du deal et des rassemblements vers la Porte de la Chapelle. Elle met en garde les autorités municipales sur un risque de constitution de milices parmi les habitants.

L'association Olive 18 est dans une attitude plus nuancée. D'un côté elle n'a pas hésité à assigner en justice le « *Sleep-in* » et La Boutique ; mais d'un autre côté, elle n'a pas refusé, contrairement aux deux associations précédemment citées, les réunions avec la Coordination 18. Elle admet que la présence des équipes de rue et la mission de concertation de la Coordination ont été utiles, mais elle conteste le lien entre la Coordination et les structures bas seuil qui sont à ses yeux une incitation à la présence massive d'usagers de drogues : ceux-ci se rassemblent devant la porte de La Boutique avant et après les heures d'ouverture et l'intervention des premières lignes de la Coordination ne sert à rien puisqu'elles n'ont aucun lieu de repli à proposer aux usagers. L'orientation de cette association vis-à-vis de la toxicomanie est favorable à la fermeture des structures d'accueil et de soins du quartier et à l'accueil des usagers dans des structures hospitalières.

Ainsi que nous l'évoquions dans le chapitre précédent, ces associations ont pour point commun la volonté d'obtenir l'expulsion des usagers de drogues de leur quartier. Si l'une d'entre elles reconnaît que l'action de la Coordination (mais non du dispositif) a eu des effets positifs, elles convergent sur l'analyse que la toxicomanie de rue se déplace d'un côté à l'autre du nord-est de Paris, mais que ces mouvements pendulaires restent dans leur environnement proche.

Il est remarquable que ces groupes d'habitants parviennent ainsi à formuler un des postulats de base de l'existence du dispositif, à savoir que repousser les dealers et les usagers ne résout pas le problème ; mais ils ne vont pas jusqu'à approuver ce qu'a tenté le dispositif. On peut penser qu'ils ont eu tendance à s'installer dans le refus d'une initiative à laquelle ils n'ont pas été associés (du simple fait

qu'ils y étaient opposés d'emblée) et qu'ils n'ont pas conscience d'apporter, d'une certaine manière, « de l'eau au moulin » du dispositif. Cela devrait inciter à ne pas abandonner les tentatives de dialogue avec ces associations ou avec leurs membres. Elles ne constituent pas un front uni : chacune des trois citées ici, revendiquant un grand nombre d'adhérents, émet diverses critiques à l'égard des deux autres. Le milieu de l'opposition au dispositif est donc hétérogène et relativement fragile, mais porteur d'exaspération et capable de démonstrations de force.

Résultats du sondage dans la population

Le sondage²⁴, pratiqué en février 2001 à l'entrée d'équipements publics (la Poste) et de commerces (supérettes, bureau de tabac et pharmacies) des trois quartiers du dispositif, a été administré à 410 passants. Les questionnaires effectivement exploitables sont au nombre de 369.

Les personnes interrogées sont des femmes pour 41 % et des hommes pour 59 %. La moyenne d'âge est de 38 ans, l'ancienneté moyenne de résidence dans les quartiers, de 10,5 ans. Du point de vue territorial, la population enquêtée se répartit de la façon suivante :

Ventilation de l'échantillon en secteurs géographiques		
Secteurs	Total	% colonne
Secteur 1 : Goutte-d'or	57	15,45 %
Secteur 2 : Simplon-Clignancourt	69	18,70 %
Secteur 3 : La Chapelle	142	38,48 %
Secteur 4 : Périphérie des quartiers	101	27,37 %
Total	369	100,00 %

Le faible poids de la Goutte-d'Or dans l'échantillon est dû à la difficulté qu'ont eue les enquêteurs dans ce secteur : nombreux refus de répondre, certains pour des raisons linguistiques et, par ailleurs, une agression verbale qui a obligé les enquêteurs à quitter un des lieux d'enquête.

Il apparaît en outre que la notion de quartier ne correspond pas exactement à ce qui a été retenu dans l'organisation du dispositif, des répondants disant habiter le quartier alors qu'ils sont à l'extérieur du périmètre ou de l'arrondissement.

24. Voir en annexe en ligne sur le site www.drogues.gouv.fr la présentation exhaustive des résultats du sondage.

Perception des problèmes dans les quartiers

À la question ouverte concernant la perception des principaux problèmes ressentis par les habitants, 27 % répondent en citant la toxicomanie et 25 % l'insécurité, tandis que 23 % ne mettent en avant aucun problème en particulier.

Mais une différence très importante apparaît lors du traitement par zone. En effet, dans la zone 3, comprenant en particulier le boulevard de La Chapelle, les rues Ph. De Girard et Marx-Dormoy, 42 % des personnes enquêtées sont sensibles en premier lieu au problème de la toxicomanie dans leur secteur. Cette zone contribue, dans l'ensemble du périmètre étudié, aux deux tiers à l'importance de la réponse « toxicomanie ». En outre, c'est la seule zone du périmètre où la toxicomanie est classée avant l'insécurité en termes de problèmes.

Les conditions de rencontres d'usagers de drogues

Une moyenne de 87 % de l'échantillon déclare avoir déjà rencontré des usagers (92 % dans le quartier de La Chapelle, 87 % à la Goutte-d'Or, 84 % en périphérie et 83 % à Simplon-Clignancourt). Dans les trois quartiers concernés par le dispositif, les rencontres se sont faites dans l'espace semi-privé à 47 % et à 53 % dans l'espace public.

La rencontre a simplement consisté à croiser un usager, dans près de trois quarts des cas. Les autres éléments proposés dans le questionnaire ne reçoivent que des scores minimes, les deux premiers cités étant « une conversation normale » (6,73 %) et « une agression » (5,13 %).

Le croisement des items permet de constater :

- que ces agressions se sont produites pour 80 % d'entre elles dans les espaces publics,
- qu'elles se sont produites principalement dans le secteur de La Chapelle et de la Goutte-d'Or et constituent dans ces derniers le principal motif de « rencontre » après le simple fait de se « croiser ».

53 % des rencontres se sont produites le soir ou la nuit ; 24 % à une heure quelconque de la journée.

Les demandes d'intervention des habitants

Seules 17 % des personnes ayant rencontré des usagers ont fait appel, à cette occasion, à un service public ou à une association. Les trois quarts ont appelé la police et 16 % les pompiers, les autres pourcentages étant infimes.

L'examen de cette cohorte, constituée pour moitié de personnes ayant situé la toxicomanie en tête de leurs préoccupations, ne permet pas d'établir une corréla-

tion entre la nature de la rencontre et le fait de téléphoner. Les deux tiers des appels ont pour seule motivation la présence d'un toxicomane. En revanche, la moitié des appels ont pour objet la présence d'un toxicomane dans un lieu semi-privatif (entrée, cour, cage d'escalier d'un immeuble...). Ce score important confirme l'agression symbolique que peut être ressentie par les riverains du fait de la simple présence d'un usager dans les cours ou les escaliers d'immeubles.

Visibilité des interventions auprès des usagers

Plus de la moitié de l'échantillon a été témoin d'au moins une intervention de la police, et 28 % des pompiers, au cours des douze mois qui précèdent l'enquête. Parmi ces témoins, la moitié pense que ces interventions sont devenues plus ou beaucoup plus fréquentes qu'auparavant ; 19 % mentionnent des interventions d'autres acteurs, dont les « associations d'aide aux toxicomanes » représentent un peu plus du tiers.

Perception de l'évolution de la situation

Un quart des personnes interrogées considère que la situation, vis-à-vis de la toxicomanie, s'est plutôt ou nettement améliorée. Mais elles sont plus nombreuses à juger d'une aggravation de la situation (32 %) et d'une stagnation (33 %). Plus du tiers de l'échantillon ne sait à qui attribuer l'évolution ou l'absence d'évolution de la situation, mais le score le plus fort dans les désignations concerne la catégorie « autres » sans précision.

Les personnes qui voient une amélioration l'imputent plutôt à la police ; celles qui voient une aggravation tendent à désigner la mairie comme responsable, tandis que celles qui ne voient pas de changement attribuent l'absence d'évolution aux autres acteurs.

Connaissance de la Coordination 18

La notoriété de la Coordination apparaît assez faible : 17 % de l'échantillon en ont entendu parler, mais les quatre cinquièmes de ce groupe ne savent pas quelles sont ses activités. Seules 11 personnes ont donné une réponse et, parmi elles, 9 sont effectivement renseignées sur les activités de la Coordination.

Attentes en matière de médiation

Près des deux tiers des enquêtés ont répondu affirmativement à la question : « Selon vous, un dispositif de médiation entre les toxicomanes et les riverains est-il utile dans le quartier ? » En majorité, ils confèrent à la médiation une mission

d'information et de communication, l'aide aux toxicomanes venant en deuxième position. Les femmes se sont montrées largement plus intéressées que les hommes par un dispositif de médiation.

Que conclure de ce sondage ?

Il ressort de ce sondage :

- une hétérogénéité des points de vue des habitants qui peut expliquer la difficulté à apprécier les effets de l'activité du dispositif ;
- une notoriété faible de ce dispositif vis-à-vis d'un public aléatoire fait de passants, qui est à rapprocher de la bonne identification du dispositif de la part d'acteurs-clés, repérée dans la partie qualitative de l'évaluation ;
- l'impossibilité, face à de telles différences, de tirer des conclusions sur une stratégie de communication du dispositif.

Vis-à-vis des usagers

L'objectif était d'améliorer le dispositif de prise en charge sanitaire et sociale des usagers de drogues.

Nous nous sommes déjà exprimés sur la maladresse de la formule²⁵. On prend en charge une situation ou une personne, ponctuellement, pendant une durée courte (un soin, une hospitalisation, un sevrage, un hébergement court, une intervention chirurgicale). On ne prend pas en charge une personne, ni un mode de vie. Dans ce domaine, il convient de mettre en relation la demande (latente ou exprimée) et l'offre. La création du dispositif visait à améliorer, voire renouveler l'offre. Il incombaît à ses membres de procéder à l'analyse de la demande afin d'y adapter l'offre.

La Coordination s'est effectivement attelée à déceler la nature de la demande et à étudier les possibilités d'y répondre. Elle était en principe aidée pour cela par la pratique des structures d'accueil et de soins associés et elle avait, en point de mire, la création de ELP, Équipe de liaison psychiatrique prévue dans le cadre du dispositif.

25. Rapport de la première phase p. 35.

Les sources

À la différence des effets sur les riverains, ceux sur les usagers ont été analysés principalement à partir de matériau indirect, les entretiens avec les usagers ayant été limités à une séance par structure.

Les entretiens avec les usagers fréquentant les structures

Nous en rapporterons quelques éléments avant de tenter une synthèse des enseignements sur les effets du dispositif sur les usagers.

À La Terrasse, la discussion a été menée en groupe avec une douzaine d'usagers de drogues. Ceux de La Terrasse ne connaissent pas le dispositif en tant que tel, mais seulement les noms du coordinateur et des premières lignes qui pourtant ont changé récemment ; ils attestent de leur efficacité pour l'accompagnement vers les structures d'urgence. Ces usagers ont une bonne relation avec le centre qui leur délivre la méthadone. Ils sont satisfaits du suivi social, moins du service médical, et regrettent que la substitution ne soit possible que pour les opiacés, non pour les dérivés cocaïniques et l'alcool ; ils pensent qu'il s'agit d'une absence de volonté délibérée des pouvoirs publics. Tous disent que la substitution leur a probablement sauvé la vie, mais ils ne sont pas totalement délivrés de la dépendance et la revendication de salles de *shoot* se fait jour.

À la Boutique, pour les hommes d'abord, les femmes ensuite, les entretiens ont été individuels pour un cas, individuels en présence d'autres pour les autres et également collectifs à certains moments. Les usagers interrogés ne connaissent pas la Coordination, ni le coordinateur de quartier, mais plusieurs d'entre eux ont déjà vu les premières lignes. Ceux qui ont bien voulu échanger avec nous se sont en majorité déclarés « tirés d'affaire » ou en cours de sevrage et ont précisé qu'ils revenaient de temps à autre à la Boutique pour la sociabilité qu'ils y ont connue ou en cas de rechute. Tous ont des problèmes de santé motivant des hospitalisations qui ne se passent jamais bien sans l'intervention d'un médecin de la Boutique ; l'accueil à Lariboisière est dénoncé comme pire qu'à Bichat « *quand ils savent qu'on est UD* ».

Au « *Sleep-in* », le rendez-vous avait été pris par l'équipe de La Chapelle de la Coordination, en choisissant le soir où elle fait une permanence de 20 h à 24 h au « *Sleep-in* ». Pendant les deux heures de présence de l'équipe d'évaluation, peu d'usagers étaient arrivés et ceux qui étaient déjà là étaient occupés, soit à se doucher, soit à laver leur linge, soit à regarder la télévision, soit à installer leur box pour la nuit. Les entretiens ont été peu nombreux mais très détendus. Ce qu'ils révèlent principalement est une méconnaissance de la Coordination ; par exemple,

l'un des usagers connaît de vue les premières lignes, qui viennent chaque mardi, mais ne sait pas en quoi consiste leur travail. L'entretien donne l'occasion aux représentants de la Coordination de le lui expliquer (ou peut-être le lui réexpliquer). La structure « *Sleep-in* » est fortement appréciée par les personnes rencontrées, qui citent notamment la qualité de l'aide aux démarches administratives, du conseil juridique et la présence quotidienne d'un médecin.

À EGO, l'entretien s'est déroulé de façon collective dans le cadre de la réunion hebdomadaire du comité d'usagers (une quinzaine de personnes) préparée et animée par deux ex-usagers dont l'un est en passe de devenir accueillant à EGO. La réunion se déroule dans la salle d'accueil de l'association ; d'autres usagers sont présents, qui ne participent pas mais entendent ce qui se dit. L'entretien commence après une discussion sur la violence dans le local et le moyen d'y mettre fin, suivie d'une information sur les ECIMUD (inconnues de la plupart des usagers présents). Les deux animateurs présentent l'équipe d'évaluation du dispositif et expliquent l'objectif de l'échange avec les usagers. Une partie de l'assistance restera silencieuse, mais attentive.

Parmi ceux qui s'expriment, en dehors d'un « nouveau » à EGO, les usagers connaissent la Coordination et considèrent que sa création a été « *un grand pas* ». Ils insistent sur l'importance que « *des gens du quartier* » y travaillent et citent les premières lignes de la Goutte-d'Or et d'EGO sans les distinguer et mentionnent que ces derniers sont d'autant plus compréhensifs que des problèmes de toxicomanie existent dans leur propre famille. Un témoignage fait état d'interventions de la Coordination auprès de la police (« *dès qu'ils voient un usager contrôlé par les flics, ils y vont* ») et de « *fonctionnaires de police plus cool* ». Tous ne sont pas de cet avis, un usager déclarant que la situation des usagers de drogues a empiré. Certains, de même qu'à la Boutique, font état de violences physiques, mais surtout verbales, d'habitants à leur égard.

Un autre aspect du travail de la Coordination souligné est le conseil juridique et il est dit par l'un des animateurs que « *la conseillère juridique intervient ici, même en dehors de sa mission à la Coordination 18* ».

« *EGO ne pouvait pas nous rapprocher des non-toxicomanes* », a déclaré un des participants, précisant qu'ils ont connu des riverains grâce à la Coordination qui « *leur parle d'EGO* » ; en retour, à EGO, les riverains sont orientés vers la Coordination. Pourtant, cette dernière est mieux connue des usagers par le bouche-à-oreille, mais pas suffisamment des habitants.

Cet entretien, contrairement aux autres, a directement porté sur le dispositif. Cela tient de toute évidence au mode de fonctionnement de EGO, aux liens étroits entretenus avec la Coordination et à l'existence du comité d'usagers en

son sein. Le souci des riverains manifesté dans l'entretien est certes exprimé par une minorité d'usagers présents, mais il a également été concrétisé dans des affichettes réalisées par le comité d'usagers et placées dans le quartier de la Goutte-d'Or.

Autres sources

Le travail d'évaluation s'est également fait à partir d'un accompagnement des équipes de rue de chaque quartier et d'observations personnelles des membres de l'équipe d'évaluation dans la rue et dans les commerces, de l'assistance à la projection-débat du film de Benoît Raoulx, de l'observation de réunions de la Coordination 18, de réunions de la Coordination avec ELP, et d'entretiens avec les coordinateurs, premières lignes et psychiatres de la Coordination de même qu'avec les responsables des structures d'accueil et de soins et des ECIMUD.

Effets perceptibles sur les usagers

Accès aux structures d'accueil

Si, dans un premier temps, les membres de la Coordination ont réfuté l'hypothèse selon laquelle un grand nombre d'usagers de la rue ne fréquentaient pas les structures d'accueil et de soins, l'approfondissement de leur travail les a tout de même mis en présence d'usagers se trouvant effectivement dans cette situation. Le rapport d'activité de la Coordination note, à cet égard, que les rencontres d'usagers dans la rue ont permis des accompagnements vers les structures.

En revanche, parmi les usagers que nous avons rencontrés dans les structures, peu connaissaient la Coordination. Il y aurait donc trois populations d'usagers dans les quartiers : ceux qui fréquentent les structures et connaissent la Coordination, ceux qui fréquentent les structures et qui ne la connaissent pas, ceux qui ont connu les structures grâce à la Coordination (il en est même une quatrième formée des usagers qui échappent tant à la Coordination qu'aux structures bas seuil).

On peut s'interroger sur le fait que le dispositif ait prescrit de cibler les usagers marginalisés, car la notion de marginalité est discutable : par rapport à quelle norme est-elle employée ? La norme implicite semble bien avoir été la fréquentation des structures. Or, pour ce que nous en avons vu et entendu, cette fréquentation est plus ou moins assidue et plus ou moins suivie d'effets. La fréquentation des structures comporte un aspect de resocialisation, de suivi, voire de réinsertion. Mais la réponse à des besoins minimaux qui y sont certes satisfaits ponctuellement ne « démarginalise » pas pour autant les usagers. L'accès aux structures offre des

moments de repos, la possibilité d'être écouté, conseillé, de s'alimenter et d'entreprendre des démarches. Il ne donne pas un statut moins marginal aux usagers.

Accès aux soins

Le problème de l'accueil et de la prise en charge hospitaliers demeure important pour les usagers. On est là en face d'un cas de discrimination caractérisée que ni le renforcement des ECIMUD de Bichat et de Lariboisière, conçus comme des facilitateurs, ni le dispositif, que la création sur le terrain de ELP devait aider, n'ont pu encore transformer.

Les usagers rencontrés ont presque tous à se plaindre d'un accueil désagréable, d'attentes très longues, voire de refus de prise en charge pour des maladies ou des accidents nécessitant des interventions chirurgicales d'urgence. Certains d'entre eux citent des noms de médecins des structures d'accueil et de soins du quartier qui interviennent auprès du personnel hospitalier, pour les faire accepter et ils en sont très reconnaissants. Mais il s'agit là de la mise en œuvre par tel ou tel médecin de son réseau fraternel personnel et non d'actions qui relèveraient d'un renouvellement des méthodes par le dispositif.

Il est cependant encourageant de constater une mobilisation de certains acteurs du milieu hospitalier. Par exemple, la présence d'un chef de service hospitalier aux réunions du comité de pilotage du dispositif en est un signe. De même les ECIMUD de Bichat et de Lariboisière y ont été fortement représentées, intervenant régulièrement dans les débats. Toutes deux se sont investies dans le dispositif et dans sa réorganisation. Pour autant les changements ne sont pas évidents. Il convient cependant, dans l'amélioration de l'accès aux soins des usagers, de différencier la prise en charge aux urgences de Bichat et de Lariboisière d'une part et l'accès aux soins psychiatriques d'autre part.

Du point de vue somatique, il semble que l'accès en urgence aux soins ait été nettement facilité par les ECIMUD. Désormais, tant les structures bas seuil que la Coordination ont des interlocuteurs. L'arrivée est meilleure, les premières lignes qui accompagnent les usagers ont un réel espace de négociation, du moins jusqu'à l'heure de fermeture des ECIMUD²⁶.

26. À l'ECIMUD de Fernand Widal-Lariboisière-Murger, la croissance de la file active (personne vues au moins une fois) augmente régulièrement. Le personnel s'interroge sur l'impact, sur cette évolution, des dispositions prises au sein même du service et de l'action du dispositif Toxicomanie. Il n'en reste pas moins qu'entre 1999 et 2000 la file active est passée de 250 à 380 et qu'en 2001, elle continue sa croissance à un rythme un peu moins rapide. En flux, les données semblent moins interprétables les UD étant systématiquement reçus plusieurs fois ; il y a des suivis longitudinaux de patients connus du service.

En ce qui concerne les soins infirmiers, le recours précieux à la Boutique (non quantifié jusqu'ici) existe toujours.

Par ailleurs, le traitement par la médecine de ville reste mal connu. On sait qu'il y a très peu d'adhérents au réseau ville hôpital dans le 18^e. Enfin, il faut souligner que l'accès aux pharmacies demeure problématique, seul un tiers des officines du 18^e délivrant du matériel de prévention (les deux tiers dissuadant les usagers de venir, d'après une enquête MSF-DDASS citée par la DDASS mais non communiquée à la Coordination, ni à l'équipe d'évaluation).

Les impasses dans les parcours de soin des usagers se manifestent encore davantage du côté psychiatrique. Non seulement une première difficulté est posée par l'absence de demande des usagers, dont souvent les mésaventures antérieures avec la psychiatrie hospitalière viennent alimenter encore les réticences, mais l'existence d'un partenariat entre les différentes structures s'avère toujours aussi difficile. Il n'y a pas eu d'amélioration sensible sur la prise en charge en urgence des usagers ni sur la gestion des situations de crise dans ce domaine, depuis l'arrivée sur le terrain de ELP. Or, l'on attendait de ELP une facilitation non seulement de l'accès à des soins en psychiatrie des usagers adressés par les partenaires du dispositif, mais aussi en cas de besoin à des lits adaptés, c'est-à-dire qui ne soient pas de l'ordre du maintien psychiatrique seul, mais du psychosocial. Le réseau informel des différents médecins engagés dans le dispositif n'a pu s'appuyer sur ELP et chacun s'est retrouvé confronté aux mêmes difficultés (notamment d'échecs et de refus de la part du CPOA). Il n'a donc pas été possible de répondre au besoin déjà identifié de lits dits « de crise » ou « de repos » ou « de soins pour usagers actifs » qu'il eut été souhaitable de pouvoir répartir sur différents sites hospitaliers. En aval de la prise en charge hospitalière, l'on ignore si les CMP acceptent davantage la double prescription de substitution et de neuroleptiques ou la pensent toujours comme spécifique à La Terrasse.

Ces carences persistantes dans l'accès aux soins psychiatriques des usagers suggèrent la nécessité d'une qualification en psychiatrie au sein du dispositif, que ce soit au sein de la Coordination ou de ELP.

Le démarrage de ELP, début 2001, s'était accompagné de réunions hebdomadières entre la Coordination et l'équipe dont on pouvait, malgré des difficultés liées à l'absentéisme du médecin généraliste alors responsable, espérer qu'elles jettentraient les bases d'une coopération visant en particulier à faciliter et à suivre les situations d'hospitalisation des usagers relevant de la psychiatrie. Bien évidemment, une coopération à ce niveau n'aurait eu qu'un pouvoir limité de facilitation face à la logique hospitalière qui décide seule des diagnostics et des traitements. L'attente parfois formulée par rapport à ELP, équipe rattachée à l'intersecteurs de

toxicomanie du centre hospitalier de Maison-Blanche, que ce projet fasse « changer d'état d'esprit la psychiatrie au sujet de la toxicomanie » apparaît démesurée. L'équipe qui, au départ, devait travailler avec des partenaires des réseaux de tout Paris-Nord (18^e, 19^e, 20^e), s'est limitée au secteur territorial couvert par la Coordination 18.

Un certain manque de clarté dans la définition des missions, comprises différemment par le chef de service de La Terrasse et la Coordination 18, l'aspect jusque là inédit, d'un tel travail, la difficulté à innover dans un secteur comme la psychiatrie, à la fois très divisé et très hiérarchisé, ont certainement favorisé le *turn-over* important de l'équipe, et son repli sur La Terrasse. Ce repli s'est opéré tant dans le choix du siège de l'équipe mobile (qui devait au départ trouver un local indépendant, situé si possible à proximité de La Terrasse ou de la Coordination 18) que dans l'activité de ses membres puisqu'en six mois d'activité, seuls 27 usagers ont été vus dont 13 amenés par la Coordination (activité à laquelle il faut ajouter celle faite à La Terrasse, mais qui n'a pas donné lieu à un bilan auprès de la Coordination). Les interventions de ELP ont eu tendance à se limiter à une réponse aux demandes d'intervention, alors que c'est à un travail de proximité qu'elles devaient répondre, en lien avec les équipes d'accueil et les équipes de rue (en particulier celles qui ne disposent pas d'un temps psychiatrique). Le partenariat amorcé, sur l'initiative de la Coordination, avec la police, n'a pas été poursuivi non plus. Pourtant, un travail effectif semblait possible puisque c'est à la demande de la police que le premier projet psychiatrique avait été élaboré en 1998, et que ELP avait été présenté à plusieurs reprises aux associations d'habitants lors des comités de suivi et de concertation en mairie. Par ailleurs, les liens avec les ECIMUD et le CPOA, qui faisaient partie du cahier des charges de ELP, ont été problématiques. Il apparaît que le montage même de ELP (datant de 1999 et incontesté) rendait difficile une pratique différente, ce que les partenaires analysent chacun à leur manière.

Les ECIMUD jugent le bilan de l'ELP catastrophique, aucun des services attendus n'ayant été rendu. Le témoignage de l'ECIMUD de Lariboisière est que la collaboration ne s'est pas opérée, ni sur l'accompagnement d'usagers par ELP, ni sur le relais de l'hôpital en termes de suivi extérieur.

La Coordination fait l'analyse qu'il s'agissait « d'échec programmé » dans la mesure où ce montage rendait difficile à l'équipe ELP de s'autonomiser du groupe Maison-Blanche, de travailler autrement qu'en « circuit fermé ». La Coordination considère maintenant qu'un montage associatif eut été préférable, avec un médecin, un psychiatre plutôt qu'un généraliste (même compétent en toxicomanie), salarié à mi-temps de l'association plutôt que rattaché à Maison-Blanche.

Par ailleurs, le montage et l'expérience d'ELP posent la question de savoir si dans un travail aussi complexe, le rôle fondamental des infirmiers dans l'équipe était bien défini, tant du côté des usagers que du côté des services de secteur. Il s'est avéré d'une part que les infirmiers ne se sentent pas toujours habilités à porter un diagnostic, d'autre part que la fermeture et la hiérarchisation du monde médical ont compliqué leurs relations avec les services hospitaliers, ce qui a contribué à leur découragement.

Il est donc urgent, s'il n'est pas trop tard, de clarifier l'articulation entre la Coordination et ELP ainsi que la place du groupe Maison-Blanche/La Terrasse, afin de dépasser l'affrontement entre les logiques institutionnelle et associative qui bloque l'activité.

Accès aux droits

Si les résultats ne peuvent pas plus être mesurés que dans le cas de l'accès aux soins hospitaliers, il est clair, en revanche, que le dispositif a fortement sensibilisé les usagers à la question de leurs droits sociaux, économiques et à la conscience d'avoir à s'impliquer eux-mêmes dans la revendication de leurs droits.

Les conseillères juridiques de la Coordination et également du « *Sleep-in* » sont bien connues des usagers rencontrés dans les structures qui voient en elles non seulement des conseillères mais véritablement des repères. C'est dire la force du symbole du droit et l'aspect déclencheur qu'il peut avoir dans une démarche de réinsertion.

Compréhension des nuisances ressenties par les habitants

Sur ce point, il est difficile de se prononcer sur une avancée solide. Les usagers rencontrés ont démontré, pour plusieurs d'entre eux, une capacité d'empathie pour les habitants importunés qui n'a d'égal que la rancœur et l'humiliation qu'ils ressentent lorsqu'ils se font insulter ou malmener.

EGO et la Coordination ont mis en avant le fait que le comité d'usagers de EGO avait placardé des affichettes visant à dissuader d'autres usagers d'acheter ou de consommer leur produit devant des enfants. L'initiative est louable mais d'une part le libellé n'est pas très explicite et il n'est pas sûr qu'il soit compris pour son sens réel ; d'autre part, ceux qui ont rédigé ou affiché ces exhortations peuvent très bien passer par des moments où ils perdent de vue les recommandations qu'ils ont eux-mêmes formulées et tomber dans des comportements peu éducatifs.

Des résultats tangibles

Si les résultats de l'expérience sont encore embryonnaires, tant vis-à-vis des usagers que des riverains, il est un domaine où ils sont tangibles : celui du renouvellement des moyens d'action vers ces deux populations. Le principal enseignement d'une année et demi de fonctionnement du dispositif est en effet qu'il s'est mis en place dans un contexte peu propice à l'obtention de résultats immédiats et durables. Les caractéristiques de ce contexte sont les suivantes :

- cloisonnement des interventions des structures d'accueil et de soins (fréquentation croisée de la part d'usagers) ;
- faible développement de la coopération entre structures associatives et services publics ;
- connaissances fragmentaires et limitées de la population des usagers de drogues par les services publics ;
- méconnaissance généralisée parmi les habitants et certains services, des produits consommés et de leurs effets ;
- difficulté à suivre l'évolution des substances psychoactives mises sur le marché ;
- méconnaissance de la part des milieux médicaux des atteintes graves liées à la prise de certains médicaments et aux usages associés de plusieurs substances ;
- ignorance des usagers vis-à-vis des risques de santé encourus ;
- ignorance de leurs droits ;
- absence de suivi médical des usagers et davantage encore des femmes en situation d'usage, notamment celles enceintes ;
- manque de suivi des appartements thérapeutiques par les organismes gestionnaires.

Progressivement, la Coordination 18 s'est attaquée à tous ces problèmes et la tâche accomplie peut être mesurée à l'aune de tout ce qu'elle a initié et organisé : fiches de repérage du profil des usagers, des situations critiques dans certains immeubles, rues, espaces publics (enquêtes auprès des médecins, des pharmaciens, des habitants n'ayant pas sollicité la Coordination), montage de partenariats avec différents services juridiques, de santé, de police, d'éducation, de logement, d'insertion professionnelle, d'animation ; propositions d'organisation de ELP et suivi de la création de l'équipe, puis collaboration avec la dite équipe ; approfondissement des relations entre les structures membres du dispositif d'une part et des relations entre le dispositif et les ECIMUD d'autre part.

Les initiatives de la Coordination sont lisibles dans les rapports de préparation des comités de pilotage, dans le rapport d'activité de la Coordination. Elles ont pu être perçues dans les réunions auxquelles a assisté l'équipe d'évaluation et dans les entretiens qu'elle a réalisés.

La Coordination a construit un début de connaissance qui faisait gravement défaut et qui est désormais partagée par un grand nombre d'intervenants. Cette tâche, non encore aboutie, était un préalable indispensable à l'obtention de résultats pour un dispositif expérimental créé dans une situation institutionnelle, médicale, urbaine et sociale aussi confuse.

L'EFFICIENCE DU DISPOSITIF

L'architecture financière du dispositif

L'État a été la principale source de financement de l'expérience. La DDASS de Paris a fourni l'essentiel des financements. Ceux-ci ont été versés sous forme de subventions :

- à la Salle Saint-Bruno, association qui a accepté d'être le cadre juridique de l'expérience pour les dix-huit premiers mois, en vertu de quoi elle assurait le paiement des salaires des coordinateurs, les investissements et le fonctionnement de la Coordination,

- aux quatre associations qui ont joué le rôle d'employeurs des premières lignes : Charonne, EGO, La Terrasse, SOS DI.

Par ailleurs, la Salle Saint-Bruno a été éligible, pour cette charge, à des subventions de la politique de la ville, du conseil régional et d'autres partenaires.

Le coût de l'expérience

Le chiffre de trois millions de francs a été avancé à propos du dispositif. Il correspond au budget initialement prévu pour les dix-huit premiers mois de fonctionnement (octobre 1999 à mars 2001). En réalité, le dispositif n'a jamais disposé de cette somme, ainsi que l'indique le tableau suivant.

État des subventions versées par la DDASS aux différentes structures du dispositif (en euros)

	1999	2000	2001	Total
Salle Saint-Bruno	95 280	129 358	56 032	280 671
Charonne	19 056	29 767	10 458	59 282
EGO	38 112	56 182	14 178	108 472
SOS DI	38 112	76 224	0	114 336
M.-Blanche				
La Terrasse	38 112	33 735	0	71 848
Association				
Coordination 18	0	0	343 010	343 010
Total	228 672	325 266	423 678	977 619

Les dix-huit premiers mois du dispositif ont coûté 4 162 778 F (634 611 euros), et pour l'année 2000, un peu plus de deux millions de francs (304 898 euros).

Ensemble des subventions perçues en 2000 par la Salle Saint-Bruno (en euros)

CNASEA	3 678
Conseil régional	91 469
État, politique de la ville	22 867
DDASS	129 358
Total	247 372

Le montant total des subventions reçues par la Salle Saint-Bruno pour la gestion du dispositif se monte donc à 1,6 millions de francs (243 918 F). Il convient cependant de déduire 300 000 F (45 734 F) de ce total si l'on considère la réalité de l'exercice 2000, étant donné que la subvention de 600 000 F (91 469 F) du conseil régional, versée en une seule fois, était destinée à l'ensemble de la période.

Le budget annuel s'équilibre à 1,8 millions de francs (274 408 F), en tenant compte, dans les produits, de reprises de provisions pour risques, de transfert de charges et de plus-values sur cession. En ce qui concerne les charges, ce montant comporte un peu plus d'un million de francs de salaires (632 902) et charges afférentes pour les trois coordinateurs (il faut tenir compte d'une vacance de poste pendant trois mois). Le reste se répartit entre la location du local et son fonction-

nement (eau, électricité, téléphone), l'achat de matériel, l'entretien et les réparations, la maintenance informatique, les frais de missions et de réception minimes (12 334 F, soit 1 880), les frais postaux et d'annonces (inférieurs à 20 000 F, soit 3 048). Il est à noter que la Salle Saint-Bruno avait prévu un montant de 23 000 F (soit 3 506) correspondant au coût de la gestion que son personnel a assuré, mais cette somme n'a pas été inscrite au bilan ; la gestion du dispositif a donc été faite gratuitement par la Salle Saint-Bruno.

Les coordinateurs ont été payés en référence à la fonction d'animateur socio-culturel (12 000 F nets par mois, soit 1 829). La masse salariale totale de ces postes et les charges afférentes représentent près de 65 % des dépenses effectuées par la Salle Saint-Bruno dans la gestion de la Coordination (et plus de 68 % si on ajoute les honoraires des psychiatres).

On peut donc établir :

- que la rémunération du personnel correspond à des barèmes moyens très courants,
- que le fonctionnement de la structure, hors rémunération, a été extrêmement économique (un peu plus de 30 % du budget).

Ainsi, au strict plan financier, on ne peut qu'apprécier positivement le faible coût de l'expérience au regard du travail accompli.

À titre de comparaison, un dispositif situé à Marseille peut être cité. Il s'agit du projet « Renforcer le travail de proximité » porté par la ville de Marseille (Mission sida-toxicomanie), en collaboration avec l'État (DDASS et préfecture-cellule prévention) et avec plusieurs associations : Aides Provence, Association méditerranéenne de prévention des toxicomanies, Médecins du Monde et SOS DI. L'objectif assigné à ce projet a été « *d'occuper l'espace même où celles-ci (les personnes les plus désaffiliées parmi les usagers de drogues) se retrouvent le plus souvent : la rue, et d'organiser des formes d'accompagnement social en amont et en aval des structures soignantes afin d'étayer les capacités personnelles des individus à engager et maintenir une démarche de soin*²⁷ ».

Ce projet n'est pas identique au dispositif du 18^e arrondissement de Paris car il s'adresse exclusivement à des usagers et non aux riverains et qu'il ne crée pas une structure nouvelle mais implante des postes dans des structures existantes. Il lui ressemble, cependant, par le public concerné et par l'orientation vers le travail de rue et l'intervention de proximité.

27. Document présentant le projet tel qu'élaboré par les partenaires, la réponse du COPAS à l'appel d'offres et le rapport conjoint du Collège coopératif et du CERÉQ pour l'élaboration d'un référentiel d'activités et de compétences professionnelles.

Le budget prévisionnel de ce projet s'établit à 3 546 979 F (540 733) pour 1999 et à 3 026 600 F (461 402) pour 2000²⁸. Ces montants correspondent aux salaires de 16 emplois jeunes intervenant sur plusieurs quartiers, à 3 équivalents temps plein de tuteur, aux frais de mission, de formation et à la supervision.

Les chiffres montrent que le budget du dispositif du 18^e est modeste par rapport à l'activité engagée, puisqu'il comporte non seulement des rémunérations et des frais de mission, mais également des frais de structure, un peu de formation et de la Coordination.

Les clés de la performance

La capacité à mener à bien le travail de la Coordination tout au long de la période expérimentale repose sur deux éléments qui ont pour point commun l'engagement militant.

La constance des coordinateurs

Un des trois postes de coordinateur a connu une certaine rotation au cours de la période, tandis que les deux autres ont été occupés de façon permanente par les mêmes personnes. Toutes ont été fortement impliquées dans la création et dans le développement de ce dispositif.

La période la plus difficile fut probablement l'été 2000, considéré par tous les participants au dispositif comme un moment de crise aiguë provoquée par le manque de personnel, l'aggravation des tensions dans les quartiers et la fermeture partielle des structures pendant les vacances. Les deux coordinateurs en place à l'époque ont alors décidé de suspendre leurs propres congés et d'assurer une permanence en juillet et en août. La charge de travail et l'arrivée successive de plusieurs « nouveaux » (un coordinateur et trois premières lignes) ont d'ailleurs repoussé très loin en hiver l'échéance de leurs vacances. Ils se sont ainsi investis au-delà de leurs obligations dans un travail qui leur tenait particulièrement à cœur.

Les premières lignes n'ont pas partagé une telle responsabilité et se sont plus conformées au temps de présence contractuel. Pour autant, leur participation ne s'est pas bornée au minimum requis. La rotation des postes a été plus forte que chez les coordinateurs mais, pour la plupart, ces jeunes travailleurs ont montré une grande motivation à accomplir des tâches difficiles, risquées, à des horaires irréguliers, parfois tardifs, dans un climat à la fois de découverte, d'invention et d'incertitude.

28. Ces chiffres excluent le budget de fonctionnement des postes transversaux (formation, coordination, évaluation) qui s'élèvent, pour 1999, à 940 000 F et, pour 2000 à 700 000 F.

Pour l'ensemble du personnel de la Coordination, l'action n'a pas été immédiatement gratifiante, en raison de la répétition des situations auxquelles tous étaient (et sont) confrontés, dans la rue, dans les immeubles, dans les structures, en raison aussi des tensions qui ont accompagné cette période expérimentale. Il a donc fallu beaucoup de ténacité pour rester dans le dispositif et tenter de faire progresser les compétences et l'ancrage dans les quartiers.

La base arrière de la Salle Saint-Bruno

Une fois le principe du dispositif expérimental retenu et l'engagement financier de la DDASS confirmé, il était nécessaire de donner un cadre juridique à l'équipe de terrain. Le schéma organisationnel a été arrêté au terme d'une année de préparation et de tractations entre services de l'État (DDASS et Mission Ville de la préfecture de Paris notamment), entre l'État et la ville de Paris, entre les institutions et les associations et structures du 18^e.

L'association Salle Saint-Bruno qui gère un équipement jouant le rôle de maison d'associations, de lieu de rencontre et d'initiatives, a pris la responsabilité de l'encadrement juridique de la Coordination (emploi des coordinateurs et gestion financière de l'activité de la Coordination). D'un autre côté, les postes des premières lignes ont été pris en charge par les quatre structures d'accueil et de soins membres du dispositif.

La Salle Saint-Bruno a accepté cette mission parce qu'elle était très impliquée dans la démarche associative à l'origine du dispositif, en ayant l'assurance que le budget inclurait de quoi couvrir la charge de travail qu'allait entraîner cet encadrement. Or, comme de coutume, la subvention d'État a été versée très tardivement : l'association ne l'a reçue, pour l'année 2000, qu'en novembre. Il a donc fallu qu'elle préfinance quasiment toute l'année de fonctionnement de la Coordination 18, ce qui représentait une charge insupportable pour sa trésorerie, vu les montants à engager. La Coordination n'a pas eu à souffrir de la déficience de l'État. En revanche, les dirigeants de la Salle Saint-Bruno ont dû faire de nombreuses démarches afin que la gestion de la Coordination n'aboutisse pas à la faillite de l'association.

On touche là à la situation paradoxale du monde associatif, chargé de mission par la puissance publique, notamment dans les domaines de la lutte contre l'exclusion, des actions de proximité et de la réduction des risques encourus par les usagers de drogues, et sommé d'être efficient mais privé des moyens de fonctionner normalement du fait de la bureaucratie du circuit des subventions publiques.

RÉSUMÉS

Le fonctionnement

Le fonctionnement du dispositif a connu deux phases : une première période expérimentale d'une année – dont l'enjeu était de prouver l'utilité du dispositif et d'améliorer la connaissance de la situation pour construire une intervention cohérente – et une seconde étape de mise en oeuvre avec la création de l'association « Coordination Toxicomanies 18^{ème} » (Coordination 18) en mars 2001.

Le bilan du dispositif est contrasté. Si le travail de rue a servi marginalement à faire connaître les structures à des usagers isolés, il a suscité un débat salutaire sur les pratiques professionnelles des structures (sur l'intérêt d'aborder les usagers sans pouvoir leur proposer des seringues ou des préservatifs, etc.). Complément aux interventions déjà développées en termes de relais d'information, d'accompagnement à l'hôpital ou de suivi des démarches entreprises, le dispositif a aussi permis d'établir un système de suivi qualitatif du profil des UD. L'approche des riverains, elle, a consisté à aborder individuellement différentes catégories d'acteurs (gardiens d'immeubles, locataires ou propriétaires de logements, commerçants) pour cerner leurs inquiétudes et prendre en compte leurs revendications.

Toutefois, le dispositif a été peu préparé. Il aurait fallu pouvoir puiser dans le capital d'expérience d'un tiers extérieur : l'idée d'une recherche-action préalable au démarrage du dispositif est à retenir pour l'avenir. De plus, la reconnaissance de la qualification de « coordinateur-toxicomanie » a fait défaut. Les coordinateurs ont néanmoins accompli un travail inédit, plus que de médiation, d'interpellation et de rapprochement de différentes institutions et collectivités à partir d'un contact direct avec des UD tant que des riverains ayant à s'en plaindre. La Coordination s'est illustrée par sa capacité à soulever des questions, à susciter le débat à leur sujet et à chercher des solutions dans la concertation avec les autres acteurs. Mais ses moyens limités en personnel, en compétences, en temps, en fonctionnement de réseau n'ont pas permis que toutes ses initiatives aboutissent. L'expérience a permis de démontrer que la création et la pérennisation d'une équipe d'intervention originale, innovante et favorable au partenariat connaissait de nombreuses difficultés : de communication entre structures de soins, de reconnaissance de la part des élus locaux tant que des habitants, de turnover des équipes, de conflits d'autorité. À défaut d'une répartition claire des rôles, la Coordination a connu une grave situation de crise d'identité et de légitimité. Elle a été préservée, au prix d'une perte d'énergie qui aurait plus utilement pu servir à renforcer l'efficacité du dispositif.

L'action de la coordination

Les données recueillies dans la phase de lancement du dispositif ont formé un socle de connaissances sur les riverains, les usagers et les pharmaciens utile à la mise en œuvre effective du dispositif. Ce capital d'informations a structuré une partie de l'activité menée en partenariat avec les différents services et structures du quartier.

Après 3 mois d'activité, l'enquête de la Coordination a fourni plus d'éléments sur les **usagers** que sur les **riverains**. Il est ainsi apparu que les produits consommés relevaient

d'une polyconsommation dominée par le crack ; un cinquième des usagers déclarait prendre des produits de substitution. Au cours des rencontres avec les usagers, le soutien et l'écoute ont été l'aide le plus fréquemment apportée. Comparés aux chiffres recueillis au démarrage du dispositif, ceux de l'évaluation ont permis de situer les évolutions : en un an et demi, la consommation de crack aurait augmenté ; les modes d'hébergement des usagers restent marqués par la précarité, même si le nombre de sans-abri est relativement faible ; la proportion importante de sans-papiers recouvre pour partie une population en situation d'avoir des papiers mais ne faisant pas les démarches nécessaires – d'où l'effort de la Coordination pour intensifier les permanences d'accompagnement par des conseillères juridiques. Par ailleurs, un travail systématique a été entrepris auprès des pharmaciens des 3 quartiers : il en est ressorti que ceux-ci étaient partagés vis-à-vis de la toxicomanie et des usagers, oscillant entre rejet et considération des demandes des usagers. Leur niveau de connaissance des effets des produits était inégal ; un certain nombre d'entre eux ont paru isolés, peu faisaient partie d'un réseau ville-hôpital et les relations avec les médecins de ville étaient rares. D'une façon générale, les usagers de passage semblent davantage redoutés que les usagers qui fréquentent régulièrement les mêmes pharmacies. Les enquêtes menées ont donc permis d'adapter l'approche des différentes catégories d'habitants, de commerçants et d'usagers de drogues.

En matière d'action transversale, deux acquis majeurs ont été observés : le public du dispositif a été élargi aux femmes prostituées, « captées » par la structure à l'été 2000, en période de fermeture de toutes les autres ; la Coordination a initié des instances de rencontre et de collaboration (les « constellations ») : une constellation juridique a mis en évidence la nécessité de professionnaliser les postes de conseil juridique (là où ils ne le sont pas encore) ; une constellation santé a quant à elle établi un annuaire des services, institutions et associations présents dans le quartier avec leurs coordonnées et horaires d'ouverture.

Les résultats et les effets

Les résultats finaux du dispositif sont difficiles à apprécier compte tenu de l'imprécision des objectifs de départ et de l'échelle de temps impartie pour leur réalisation.

Le premier objectif était celui de la médiation sociale entre riverains et usagers. L'action de la Coordination n'a pu aller au-delà de la transmission des revendications des habitants aux services responsables des politiques de santé et de la justice ; dans la plupart des cas, elle n'a pu intervenir que sur la question soulevée – en aidant à la prévention et à l'information sur les méfaits de la drogue ou sur les dangers du trafic. La médiation n'a jamais permis un véritable dialogue entre usagers et riverains. À des attentes diverses des riverains ont correspondu des résultats différenciés. Vis-à-vis des habitants n'étant pas actifs dans une association de quartier, le dispositif avait à se faire connaître et à faire accepter l'idée de concertation plutôt que celle de rejet des UD du quartier : début 2001, un habitant sur cinq avait entendu parler de la Coordination – parmi lesquels seuls 4/5èmes connaissaient son activité ; son image générale semblait globalement bonne. Vis-à-vis des responsables d'associations initiateurs du dispositif, la coordination avait à construire des relations de coopération : si les associations de riverains étaient partagées, à la naissance du dispositif, entre les « conciliateurs » et les « protectionnistes », les deux camps ont évolué, certaines de celles souhaitant l'expulsion des UD de leur quartier ayant maintenu et

renforcé leur position (Droit au Calme, Entraide 18), d'autres (Olive 18) ayant reconnu que l'action de la Coordination avait eu des effets positifs. Enfin, s'agissant des associations hostiles à la démarche, seule une amélioration concrète de la situation dans le quartier était susceptible de les gagner à la cause du dispositif.

Le second objectif du dispositif visait en effet à améliorer l'offre de prise en charge sanitaire et sociale des usagers. Les rencontres d'usagers dans la rue ont permis des accompagnements vers les structures d'accueil. Pour remédier aux carences dans l'accueil et la prise en charge à l'hôpital, un travail de mobilisation des personnels hospitaliers a été mené utilement, même si les changements de « mentalité » prennent du temps. Mais les principales impasses dans les parcours de soins se manifestent du côté psychiatrique. Plus généralement, le dispositif a fortement sensibilisé les usagers à la connaissance de leurs droits sociaux et économiques et à la conscience d'avoir à les revendiquer. S'il est un domaine où les résultats du dispositif sont tangibles, c'est celui du renouvellement des modes d'action développés en direction de la population des usagers et des riverains. La Coordination 18 a construit un début de connaissance qui faisait gravement défaut, désormais partagé par un grand nombre d'intervenants. Cette tâche, qui se poursuit, était un préalable nécessaire à l'obtention de résultats, s'agissant d'un dispositif expérimental qui a été créé dans une situation institutionnelle, médicale, urbaine et sociale pour le moins confuse.

L'efficience du dispositif

L'État a été la principale source de financement de l'expérience de médiation sociale dans le 18^{ème}. Le fonctionnement de la structure, hors rémunération du personnel (qui a correspondu à des barèmes moyens très courants), a été extrêmement économique (un peu plus du tiers du budget). Malgré l'arrivée tardive des subventions d'État, l'équipe de la Coordination a réussi à assurer le fonctionnement de la structure. Globalement, le budget du dispositif Toxicomanie du 18^{ème} a été modeste par rapport à l'activité engagée, puisqu'il comportait non seulement des rémunérations et des frais de mission mais également des frais de structure, un peu de formation et de la coordination. Si la rotation des postes a été plus forte chez les premières lignes que chez les coordinateurs, en somme, l'ensemble du personnel de la Coordination a fait montre de beaucoup de ténacité pour rester dans le dispositif malgré la répétition des situations auxquelles il était confronté, le peu de gratifications au démarrage et la difficulté de faire progresser les compétences et l'ancrage dans le quartier.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

La création du dispositif constitue un tournant majeur dans la façon d'aborder les problèmes posés par la toxicomanie de rue dans des milieux urbains pauvres. Entraînées par une dynamique d'habitants et de professionnels de la réduction des risques, la collectivité locale et l'administration de la santé ont accepté et accompagné la création d'un organisme sans personnalité juridique encadré par des structures professionnelles associatives.

PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS

Un démarrage manquant de méthode et de références

La nouveauté de l'expérience et la précipitation à son démarrage, une fois la décision prise, sont des facteurs explicatifs des maladresses relevées dans la conception de l'organisation du dispositif: profils de postes vagues ou décalés, objectifs non déclinés en axes de travail et en actions affectées de priorités, montage institutionnel bancal.

La Coordination a dû improviser : elle était portée par un mouvement, mais elle manquait de références. Elle a cependant bénéficié de deux sortes d'appuis au démarrage et pendant toute la durée de l'expérience : l'appui d'EGO (Espoir Goutte-d'Or), fondé sur son expérience du travail communautaire mise au service du dispositif et manifestée dans l'ouverture de cette structure sur son quartier, dans sa coopération de longue date avec l'association d'habitants PGO (Paris Goutte-d'Or), dans la considération des usagers de drogues comme acteurs ; l'appui aussi de l'association Salle Saint-Bruno qui a assuré la logistique de la Coordination 18 et qui l'a en grande partie préfinancée, dans l'attente des subventions d'État (versées seulement en fin d'exercice).

Les quatre structures associées, EGO, La Boutique de l'association Charonne, le « *Sleep-in* » de SOS Drogues International, La Terrasse/Maison-Blanche, ont

chacune fait le portage des emplois de première ligne et participé au comité technique du dispositif – ce qui a représenté un investissement en temps et en débats et décisions considérable.

Par ailleurs, entre le début de la mobilisation des associations dans le 18^e et le démarrage du dispositif, le contexte avait changé, donc les méthodes se devaient d'évoluer. Les prescriptions médicales de Subutex® s'étaient diffusées et, avec elles, le commerce illicite de substances médicamenteuses ; l'état sanitaire aussi avait changé : avec la diminution de l'héroïne au profit du crack et des médicaments, les risques de VHC prenaient le pas sur ceux du VIH.

L'invention d'un métier

La Coordination a dû se former, notamment aux méthodes et techniques de la médiation, affichée comme un moyen de réduire les tensions entre habitants et usagers. Mais le temps a manqué, et les premières lignes du début de l'expérience étaient plus enclines à se porter au-devant des usagers qu'à faire de la médiation. La tâche est d'autant plus compliquée que le peuplement des quartiers n'est pas homogène et que les attentes des habitants varient de la volonté d'éradication pure et simple de la toxicomanie de leur environnement à tout un éventail de capacités à composer avec les situations réelles.

L'autre volet, qui consistait à faciliter l'accès aux soins et aux droits sociaux des usagers de drogues, a été l'objet de nombreuses initiatives de la part de la Coordination et des structures associées, qu'elles soient associatives ou hospitalières. Mais les efforts se sont rapidement heurtés aux résistances du monde médical (hostilité du milieu hospitalier vis-à-vis des usagers de drogues, fonctionnement excluant de la psychiatrie, étroitesse de l'offre en postures) et à la rigidité des services publics (ouverture de droits, accès au logement, parcours d'insertion).

La grande réussite du dispositif est d'avoir donné au mot de territorialisation un sens de mise en mouvement et, si possible, en convergence, d'initiatives diverses, de compétences distinctes, pour renouveler et approfondir l'approche de la toxicomanie de proximité, de ses conséquences à plusieurs niveaux et des dispositions à prendre face à son développement.

Cela s'est fait au prix d'un travail acharné, dans un contexte local souvent hostile parce que sous la pression de la pauvreté et d'une insécurité mise en avant par certains habitants comme le premier de leurs soucis, lors du sondage effectué dans le cadre de l'évaluation.

Un dispositif en mutation

Le dispositif a traversé plusieurs périodes : à l'enthousiasme du démarrage, plébiscité par des habitants qui y voyaient la possibilité d'obtenir un peu de tranquillité dans leur environnement, a fait suite une période de crise interne alimentée par la difficulté de la tâche, par des divergences sur les méthodes et le contenu des interventions, et par un système de double autorité qui s'est soldé par en blocage décisionnel. La sortie de crise a été mise à profit pour préparer la transformation du dispositif en une association autonome des anciens employeurs, ceux-ci figurant, aux côtés d'associations d'habitants, au conseil d'administration. Après l'expérimentation, la Coordination 18 s'engage donc dans la voie de la pérennisation, sous la responsabilité d'un directeur qui a étoffé les trois équipes de coordinateurs et de premières lignes de secteurs.

QUELQUES RECOMMANDATIONS EN VUE DE L'AMÉLIORATION DU DISPOSITIF

1. Renforcer le travail de proximité

L'association Coordination 18 a désormais le statut d'équipe de proximité dans le domaine de la santé dans le quartier. Cette proposition nécessite deux explications :

- Elle se réfère à la notion de santé publique telle que l'entend l'OMS et renvoie à un état de bien-être dépassant l'absence de maladie ; elle se réfère également à l'expérience des « quartiers en santé », initiative diffusée dans plusieurs pays, il y a quelques années à partir du Canada, pour des actions concrètes menées en concertation entre autorités et associations au niveau local, sur cette conception de la santé.
- Dans ce contexte, une équipe de proximité se caractérise par sa connaissance approfondie du terrain (habitants, acteurs institutionnels, problèmes, lieux ressources), par sa capacité à mobiliser des partenaires et par son autonomie.

Si cette proposition est prise en considération dans la mission que se donne la Coordination 18, elle peut être appliquée aussi bien à l'accompagnement sanitaire et social des usagers de drogues qu'à la promotion de projets d'habitants destinés à améliorer les conditions de vie dans leur quartier.

Il n'est certes pas conseillé à la Coordination de se disperser, mais il paraît possible, et enrichissant, qu'elle puisse décliner des activités à partir de sa réflexion sur les problèmes de toxicomanie, en intervenant sur d'autres registres. Elle a déjà commencé à œuvrer en ce sens, et la portée d'une telle posture a certaines implications et connotations.

Cette posture implique, par exemple, de se dégager, au moins partiellement, de l'objectif de médiation, peu adapté aux tensions et aux conflits nés de la toxicomanie de rue dans des quartiers en difficultés de tous ordres. Sans en remettre en cause l'intérêt, disons que la médiation peut faire partie d'une panoplie d'outils déployés dans une stratégie de quartier en santé, tout en relativisant les possibilités et les résultats attendus.

La Coordination a tout intérêt à poursuivre son rôle d'intermédiaire entre différents acteurs et services et d'accompagnatrice des usagers de drogues dans leurs demandes et dans leurs démarches de soins et/ou de réinsertion.

Vis-à-vis des habitants, ne devrait-elle pas aller au-delà du recueil des plaintes et de l'interpellation des services publics ? Ce type d'action est utile mais sans fin. La Coordination a constitué un savoir et une compétence qui lui permettent d'intervenir sur des éléments qui sont la toile de fond du développement de la toxicomanie, tels l'insalubrité des quartiers, le sentiment de relégation des adolescents, les craintes des personnes âgées... Elle devrait maintenant approfondir les enseignements tirés des outils méthodologiques qu'elle a créés et capitaliser ses connaissances.

Des services spécialisés existent sans doute pour prendre en charge de tels problèmes. Mais, soit ils n'interviennent pas, ou pas assez, dans ces quartiers, soit leur action est isolée, soit elle maintient les publics concernés en situation d'« objet » des programmes plus que de sujets de leur développement. Il y a donc là une carte à jouer pour un organisme tel que la Coordination qui a su, jusqu'à présent et en dépit de toutes les difficultés rencontrées, réfléchir et innover à partir de sa pratique.

2. Réintroduire la présence d'un(e) psychiatre dans l'équipe CT18

L'échec de la collaboration avec ELP et l'ampleur des problèmes d'ordre psychiatrique rencontrés dans l'exercice de la mission ont amené les membres de l'association CT 18 à demander la création d'un poste (à mi-temps par exemple) de psychiatre dans l'équipe. Dans ce cas, la ou le psychiatre n'aurait pas une mission aussi multiforme et peu claire que celle des psychiatres du début de l'expérience, mais une fonction bien cadrée sur sa spécialité aux côtés des coordinateurs et premières lignes, sous la responsabilité de la direction et du CA de l'équipe.

La Direction de l'hospitalisation et des soins du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, représentée au comité de pilotage de l'évaluation, a apporté certaines précisions à cette proposition, au cas où elle serait retenue. Nous reproduisons ci-dessous les conditions qui seraient mises par ce partenaire à l'embauche d'un(e) psychiatre dans l'équipe CT 18.

« 1) Il convient de s'assurer qu'il est compétent non seulement dans la psychiatrie de soins mais qu'il est également ouvert à la dimension psychosociale et par la démarche communautaire de proximité, allant vers le public et non pas en attente d'une demande de soins.

2) Tout en menant des activités de terrain, il doit conserver à mi-temps des attaches hospitalières, conserver des activités de réseau dans son domaine et être reconnu de ses pairs afin de faciliter les hospitalisations de ses patients quand celles-ci s'avèrent nécessaires.

3) Enfin, il doit être compétent dans la prise en charge des personnes dépendantes, exclues et marginalisées.

Plus que son appartenance institutionnelle, ce qui importe le plus est sa disposition à remplir ces trois conditions. »

Cette option ne recueille pas tous les suffrages, certaines instances, parmi les partenaires du dispositif estimant que les difficultés rencontrées dans la mise en place de ELP et dans la collaboration entre ELP et l'équipe CT 18 ne doivent pas pour autant se traduire par le rapatriement d'un(e) psychiatre dans l'équipe.

Un consensus pourrait finalement être formulé autour de la nécessité d'un temps médical, éventuellement mais non obligatoirement psychiatrique, intégré à l'équipe CT 18 et, parallèlement, de l'évaluation de la mise en place, du fonctionnement et des résultats de ELP.

3. Consolider le relais des politiques publiques

Cette recommandation s'adresse principalement à l'administration de la santé et à la politique de la ville, mais également à la police et à la justice.

L'action d'un tel dispositif, aussi importante soit-elle, est nécessairement limitée, et doit l'être pour être efficace. Mais il y a là une sorte de dialectique : son efficacité dépend aussi de l'articulation entre son action propre et ce que proposent les politiques publiques.

Par exemple, en matière de santé mentale des usagers de drogues, on peut dire que ce qui relève de la psychiatrie peut être pris en compte par une équipe telle que CT 18, tandis que les usagers qui relèvent prioritairement de la psychiatrie ne

doivent pas rester « entre les mains » du dispositif, mais être admis dans des services spécialisés. L'équipe de proximité peut détecter, orienter, accompagner, mais sans doute pas intervenir davantage.

Sur un autre plan, celui de l'approfondissement des travaux d'enquête dans la population, auprès des commerçants et des professions médicales et paramédicales, le soutien de l'équipe de développement local financée par la politique de la ville, a toute son importance.

Il convient donc de donner un cadre institutionnel dans lequel seront définies les responsabilités respectives des politiques publiques, au niveau territorial concerné. C'est dans ce cadre qu'une équipe de terrain telle que CT 18 (de même que de futures équipes de proximité de ce type) pourra plus efficacement mener son action propre en sachant quels appuis et quelles perspectives lui apportent les institutions.

4. Diversifier le financement de l'action de la Coordination

Si, dans un premier temps, la frilosité d'un certain nombre de financeurs potentiels a laissé à l'administration de la santé la quasi-totalité de la charge financière du dispositif et donc la tutelle de ses orientations, la période qui fait suite à l'expérimentation verra nécessairement une diversification des financements. La politique de la ville est le cadre approprié pour renforcer et appuyer la démarche suggérée, à condition que les différents partenaires s'entendent désormais sur l'opportunité et la pertinence du dispositif.

D'ores et déjà des collectivités territoriales ont apporté des financements ou annoncé la possibilité de participer au fonctionnement du dispositif. Il conviendrait peut-être que la Mission Ville de la préfecture de Paris relaie l'association CT 18 dans les recherches de partenariat financier.

5. Renforcer le rôle des habitants dans le dispositif

Les associations d'habitants n'ont pas eu, dans la conduite du dispositif, toute la place qui leur était due; et cela fait l'objet d'une rectification dans le « nouveau » dispositif, pour la bonne raison qu'elles représentent l'ancrage dans les quartiers. Celles qui se sont impliquées dans le dispositif ne sont certes pas représentatives de l'ensemble de la population : elles ne touchent pas tous les habitants et certains les connaissent mais n'apportent pas leur ligne d'action; d'autres associations se sont formées, opposées au dispositif et aux structures d'accueil et de soins. Tout cela fait la vie d'un quartier, d'une ville, avec ses différences, ses conflits, ses évolutions.

Les associations d'habitants qui siègent au conseil d'administration de l'association Coordination 18 peuvent être des relais dans les quartiers, avec une articulation plus construite entre leurs interventions et celles des coordinateurs et premières lignes, non pas auprès des usagers mais des riverains.

Les associations qui n'apportent pas l'action du dispositif ne sont pas à écarter ni à ignorer. Leurs hésitations, l'évolution de certaines d'entre elles ou de certains de leurs membres laissent penser que le dialogue est toujours possible et profitable. En même temps, l'angélisme n'est pas de mise et les démonstrations de force ou l'utilisation des médias dans un but de déstabilisation ne peuvent être ignorées dans la poursuite des activités.

6. Avoir l'appui d'un groupe ressource

La période de lancement du dispositif a bénéficié d'une architecture, un peu lourde certes, mais au sein de laquelle la Coordination avait des relais, notamment dans le comité technique et dans le comité de pilotage.

Il n'est pas question de reproduire ce schéma. En revanche, un groupe extérieur au conseil d'administration de l'association, du type groupe de suivi ou comité d'accompagnement, formé de quelques spécialistes du développement social, de la médiation, de la psychiatrie en milieu ouvert... pourrait utilement appuyer la Coordination dans son travail quotidien, mais surtout dans la réponse à des questions issues de sa pratique et auxquelles elle n'a ni le temps ni les compétences pour répondre seule²⁹.

7. Développer la formation

Il est clairement apparu que des lacunes affectaient le travail des premières lignes et des coordinateurs. Le personnel du dispositif a bénéficié de quelques formations, mais pas autant qu'il l'aurait souhaité. La restructuration de l'équipe et la réorganisation du travail devraient permettre de dégager le temps nécessaire à suivre des formations et à en tirer tout le profit possible. Ce serait particulièrement indiqué en ce qui concerne le rôle d'intermédiaire, sinon de médiateur, dans un environnement multiculturel et dans un contexte où il faut passer constamment

29. Cf. Le comité de suivi du programme d'amélioration de l'accès aux soins et de la prévention avec les publics en situation de vulnérabilité, mis en œuvre à l'Institut de médecine et d'épidémiologie africaines et tropicales au CHU Bichat, qui organise des formations de médiateurs santé pour l'accès aux soins.

des habitants aux commerçants, usagers de drogues, institutions, collectivité. Le travail avec la justice et la police, par exemple, ne s’improvise pas. Il est important que la direction de la coordination puisse correctement identifier les lacunes à combler par la formation afin de choisir des lieux, modules, organismes adéquats, voire de concevoir des formations spécifiques pour l’équipe.

LES CONDITIONS DE LA RÉPLICATION

Une des attentes face à l’évaluation est de savoir si ce dispositif est reproductible. Au risque de décevoir, nous dirons qu’il l’est difficilement. Aussi insisterons-nous, dans les recommandations, sur les conditions à réunir s’il s’agit d’envisager ce type d’action dans d’autres lieux.

En effet, s’il a tenu la route, en dépit de tous les obstacles rencontrés, c’est au prix, nous l’avons dit, d’un certain nombre d’efforts très spécifiques qu’il convient de prendre en considération s’il s’agit de créer d’autres dispositifs, ce qui est vivement souhaitable. Ce sont d’une part :

- un financement important de la DDASS de Paris pour financer près de dix postes de travail;
- la ténacité des coordinateurs, psychiatres et premières lignes de la Coordination;
- le soutien de la Salle Saint-Bruno, au prix de son propre déséquilibre financier.

D’autre part, la particularité de ce dispositif est d’être né d’un véritable mouvement de quartier alliant des associations d’habitants et des structures d’accueil et de soins d’usagers de drogues. Cet aspect est capital et conditionne les chances de succès d’un dispositif dans un quartier. Un dispositif créé de façon complètement externe aurait peu de chances de survivre et *a fortiori* de mettre en place des moyens d’action durables.

Nous évoquerons tout d’abord quelques exigences générales qui président à la mise en place de ce genre de dispositif, puis nous donnerons quelques préconisations pour les étapes de cette mise en place.

Conditions premières

1. Pouvoir s’appuyer sur une dynamique locale

L’alchimie particulière qui a donné naissance au dispositif du 18^e ne saurait se retrouver à l’identique. Il est cependant fortement décommandé de « parachuter » un tel dispositif dans un tissu social dépourvu d’un ferment de participation plurielle à son action.

Il est au contraire souhaitable de pouvoir l'appuyer sur :

- un tissu associatif d'habitants et/ou de professionnels engagés ;
- une collectivité locale au moins bienveillante, au mieux engagée elle aussi dans une action ;
- un promoteur motivé issu de l'un ou l'autre de ces partenaires potentiels ou effectifs.

2. Savoir que certains lieux se prêtent mieux que d'autres à ce type d'intervention

Le choix de la localisation devrait donc tenir compte tout d'abord de l'existence d'un mouvement social sur place et ensuite du type de quartier. Les quartiers urbains des grandes villes se prêtent plus que d'autres à ce genre d'expérience.

Dans les petites villes ou dans les cités HLM excentrées, les relations sociales sont trop étroites, le contrôle social trop fort pour permettre des interventions sur la toxicomanie qui ne soient pas immédiatement réprimées par le milieu des dealers. À cet égard, il n'est pas exclu que l'action des équipes de rue de la Coordination ait joué un rôle dans le déplacement du trafic vers le 19^e, même s'il est principalement imputable à la présence policière accrue dans le 18^e. Dans un espace urbain moins ouvert, les conséquences auraient pu être plus sévères pour les premières lignes et les coordinateurs.

3. Penser d'emblée l'articulation avec les politiques publiques concernées

Il convient que le travail des équipes puisse avoir des débouchés en milieu hospitalier, dans l'accès au logement et aux droits sociaux pour les usagers. Cela implique que les objectifs de la politique publique sur la toxicomanie soient plus clairement affichés et mis en œuvre et qu'une nouvelle synergie se concrétise entre la politique de la santé et la politique de la ville.

Précautions à prendre dans le montage d'un dispositif

Dans la phase de maturation du projet

- Procéder à l'identification claire des finalités, des résultats escomptés et des moyens humains et financiers à mettre en œuvre.
- Faire réaliser un diagnostic de la situation initiale afin de vérifier si l'enchaînement des finalités et des objectifs envisagé par les promoteurs du dispositif est cohérent avec les problèmes de terrain et avec le contexte local.

- Constituer un groupe ressource plus large que le cercle des seuls promoteurs du projet, distinct du conseil d'administration et pouvant être consulté régulièrement ; ce groupe n'a pas de pouvoir de décision mais peut aider à des choix tant en matière de recrutement que de formation et d'action.

- Prévoir une évaluation concomitante et pluraliste effectuée par un tiers neutre, qui permettra une mise à distance du fonctionnement et du déroulement des actions, mettant ainsi les acteurs du dispositif en mesure de réorienter certaines dispositions et d'en prendre de nouvelles. En fin de parcours ou à un moment intermédiaire, l'évaluation apportera un jugement sur les résultats, les impacts et les effets en profondeur de l'action du dispositif.

Dans la phase de lancement

- Construire soigneusement les profils de postes en fonction du diagnostic préalable.
- Prévoir une formation au démarrage.
- Établir des règles claires de fonctionnement, en prévoyant de les adapter après un temps expérimental pendant lequel des restitutions seront faites devant les destinataires de l'action du dispositif.
- Définir, dès la phase de lancement, des critères de qualité et commencer d'emblée à élaborer des indicateurs d'évaluation.
- Choisir, pour le conseil d'administration, des membres représentatifs de la société locale et intéressés à participer activement à la vie du dispositif. Donner les moyens à ceux qui ne les ont pas totalement, d'assumer leur rôle d'administrateur (trice).

Dans la durée

- Poser par écrit les règles de fonctionnement de l'équipe, les responsabilités de chacun.
- Établir un mode de relation fluide entre le CA et la direction de la structure.
- Permettre que les salariés de la structure puissent s'exprimer devant le CA en tant que de besoin et qu'ils aient un accès direct au groupe de suivi (qui peut s'appeler aussi comité d'accompagnement).
- Faire connaître l'action du dispositif au-delà des seuls bénéficiaires et partenaires du démarrage.

Recommandations complémentaires

- Ne pas attendre de résultats visibles immédiats mais être attentifs aux méthodes de travail.
- Prévoir, en fonction des réalités locales, les appuis extérieurs qui peuvent être nécessaires à l'équipe : psychiatre, juriste, superviseur, spécialistes divers.
- Construire l'appui des politiques et des services publics dès le début. Être notamment conscient que le lien avec l'institution psychiatrique, s'il est souhaitable, ne sera pas pour autant déclenché par simple injonction. Considérer également que le lien avec les hôpitaux généraux implique que soit repensé l'accueil des usagers de drogues aux urgences et dans les différents services auxquels ils peuvent se présenter. Enfin, savoir que la prévalence de la précarité dans les publics concernés implique des liens resserrés avec des lieux d'accueil et d'hébergement ainsi qu'avec les services sociaux polyvalents.

Mettre en place une coordination des institutions et des politiques publiques dont les objets sont distincts mais complémentaires, afin que le travail de terrain soit non seulement légitimé mais que les freins à son action émanant de rigidités administratives et de cloisonnements entre les logiques sectorielles, soient réduits au minimum.

ANNEXE

29 MAI 2002



Paris,
Le 29 mai 2002

La Terrasse -
Centre de soins intégratifs

Dr. Houssiang GUILYARDI
Chef de service à l'Hôpital

✓ ACCUEIL ET CONSULTATION
222 bis, rue Marcadet
75018 Paris
Tél. 01 42 26 01 12
Fax : 01 42 26 01 13

✓ UNITÉ DE TOXICOLOGIE
Autrefois le centre
229, rue Marcadet
75018 Paris
Tél. : 01 42 26 01 11
Fax : 01 42 26 01 13

PI
Copie au courrier de Monsieur le Docteur Jungman du 26/01/2002
A. Mademoiselle Audele Ménard

Madame, Monsieur,

Nous avons très récemment pris connaissance de votre rapport confidentiel « version non definitive » d'évaluation du dispositif pilote sur la toxicomanie dans le 18^e arrondissement de Paris, daté 2002 et concernant la période comprise entre septembre 2000 et juin 2001.

Le rapport de près de quatre vingt dix pages est extrêmement lourd, et décrit et développe de nombreux aspects et points sensibles.

Nous aurions cependant des remarques à formuler sur certaines considérations mais surtout concernant les conclusions sur des propos que nos pouvoirs estatutaires voire communautaires

Pour rappeler ou préciser que depuis E.R.P. devant 21 conditions des l'origine de six personnes sont
Toujours dans le temps,
2 intérieurs à temps plein
assistantes, soit le 1/2 temps,
secrétaire à mi temps,

se comprendrait lors de l'année aucun infirmier ayant novembre 2000, un seul infirmier de novembre à décembre 2001 et deux infirmiers entre janvier et juillet 2001 sans qu'un infirmier généraliste fasse son fonction à titre provisoire et temps partiel. Une secrétaire à mi temps seulement à partir d'avril 2001, ni assistance sociale, ni psychiatrie.

elle est en cours de constat 10, il a été au contraire évoqué un bilan et soumis à des confrontations des échanges de l'activité clinique qui aurait dû être dévoilé

THE GROUPE
MAISON BLANCHE

1 IMPERIALE place de Catalogne 75018 Paris
3 avenue de la Porte de l'Asie - 93300 Saint-Ouen
6-10, rue Pierre Bayle - 75020 Paris
Tél. : 01 55 25 35 50 Fax : 01 55 25 35 51

Malgré cette situation des contacts multiples ont été entrepris et que pour être nécessaire son activité a existé et n'avait pas été son succès ou l'appui d'autre à la Coordination 18, celle-ci n'étant en aucun façon en position hiérarchique ni se convertie ni se supervisant ayant pour mission de coordonner le dispositif pilote.

De nombreux appels sont parvenus à E.R.P. des contacts ont été établis avec les associations partenaires, les opérateurs sociaux, l'assistance sociale, les services hospitaliers en situation d'accompagnement à l'hôpital Maison Blanche et que des centres de rétention par ailleurs ou plus tardifs. Des évaluations et des améliorations ainsi que des hospitalisations sur ce plan sous

De quoi semble, entre autres d'avoir pas été très compris. C'est que pour un clinique, professionnel, répondre à une situation nécessitant pas de manière systématique à procéder à une hospitalisation en milieu psychiatrique et que nombre de réponses structurelles aux usagers ont été ou peuvent être mises en place.

les missions de l'équipe de liaison psychiatrique peuvent être organisées en lien étroit avec la DASS. La mission de l'hôpital Maison Blanche, les services de psychiatrie et les admissions comprennent deux volets.

Interventions canadiennes :

Représenter aux urgences d'urgence des usagers de drogue fréquentant le 18^e arrondissement pour évaluer la problématique toxicomanie, psychiatrique et sociale auprès des institutions soignantes adaptées.
Permettre, faciliter et évaluer ce qu'il en est du soin et de l'hospitalisation.
Permettre de déclencher des admissions.
ordonner et permettre un suivi de liaison pendant et après hospitalisation.

Interventions de formatif/0

Informant, sensibilisant les services de la DASS au fonctionnement spécifique du 18^e en toxicomanie (traitement, substitution, réparties Sida, accès aux soins, écoles, collèges).
Promouvoir ou promouvoir des évenements et des publications.

Et l'évaluation et l'accompagnement de la psychiatrie publique pour ce qui concerne l'apres des usages de produits licites ou illicites et se tient à tout échelon, activité clinique et théorique avec ceux qui le souhaitent et produire ces réponses psychiatriques et psychologiques les plus appropriées, améliorer la qualité de l'accueil et sensibiliser les équipes au traitement des patients présentant des situations aigues soit sur le plan somatique que psychique.

L'équipe est toujours en cours de constitution et il faut noter que le psychiatre y a pris ses fonctions en décembre 2001.

Nous nous sommes abstenus de déporter et de constater que le communiqué n'était manifestement destiné au conseil avec les acteurs concernés et avec un quelconque membre de l'équipe de La Terrasse et sommes à la disposition de tout interlocuteur pour des suites qui nous apparaîtront favorables et positives.

En vous priant d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de toute notre attention.

Docteur Jacques JUNGMAN
Chef de service

Docteur Houssiang GUILYARDI
Praticien hospitalier

Copie transmise
Madame le Maire Céline VOUYSIR - Médecin inspecteur de la DASS de Paris
Monsieur Patrick MORDELET - Directeur de l'hôpital Maison Blanche
Monsieur Guy V. VINCENT - Directeur adjoint chargé des affaires médicales et des objets parisiens

OFDT

Observatoire français des drogues et des toxicomanies
105, rue La Fayette
75010 Paris
Tél: 33 (0) 1 53 20 16 16
Fax: 33 (0) 1 53 20 16 00
courrier électronique: ofdt@ofdt.fr

www.ofdt.fr

ACT Consultants

17bis, rue Richard-Lenoir
75011 Paris
tel 01 40 24 20 10
télex 212 268 F
fax 01 40 24 20 17
courrier électronique : act@act-consultants.fr

Citation recommandée

FAYMAN (S.) et al., *Évaluation du programme de réduction des risques et de médiation sociale dans le 18^e arrondissement de Paris - Plan triennal de lutte contre la drogue et la prévention des dépendances (1999-2002)*, Paris, OFDT, 2003, 106 p.

Maquette et mise en page: Frédérique Million / Adaptation: Sylvie Allouche

Photographie en couverture : Isabelle Rozenbaum (Photo Alto)

Impression: Imprimerie Masson - 69 rue de Chabrol - 75010 Paris